

- Circolare n. 9 del 26 aprile 2005: Sistema regionale di sorveglianza della tubercolosi

**- Allegato A
Schede:**

- *SSCE - Scheda di sorveglianza clinica ed epidemiologica*
- *SAP - Scheda di segnalazione Servizi anatomia patologica*
- *SLM - Scheda di segnalazione Laboratori di microbiologia*
- *SSET - Scheda di sorveglianza dell'esito del trattamento*
- *SSCR1 - Scheda di sorveglianza per contatti a rischio, parte 1*
- *SSIC - Scheda individuale per contatto a rischio*
- *SSCR2 - Scheda di sorveglianza per contatti a rischio, parte 2*
- *SIST - Scheda individuale screening tubercolinico*
- *SRS1 - Scheda di riepilogo screening tubercolinici, parte 1*
- *SRS2 - Scheda di riepilogo screening tubercolinici, parte 2*



Giunta Regionale

Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Il Direttore Generale

Franco Rossi

Protocollo N° ASS/DIR/05 16806

Data 26 aprile 2005
BMB-AF

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
delle Aziende USL e delle Aziende
Ospedaliere della regione Emilia-Romagna

Ai Commissario Straordinario
degli Istituti Ortopedici Rizzoli

Circolare n. 9

e p.c.

Ai Direttori degli Istituti di Igiene
delle Università degli Studi di Parma,
Modena, Bologna, Ferrara

Ai Presidenti degli Ordini dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri

Ai Sindacati Medici dei Medici di Medicina
Generale e dei Pediatri di libera scelta

Ai Ministero della Salute
Dipartimento della Prevenzione
Ufficio V - Malattie Infettive

All'Istituto Superiore di Sanità

LORO SEDI

Oggetto: sistema regionale di sorveglianza della tubercolosi

INTRODUZIONE

Nel 1991, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato come importanti obiettivi di salute per la prevenzione ed il controllo della tubercolosi (TBC) la rapida individuazione e guarigione dei casi contagiosi. Gli obiettivi, ratificati dall'Assemblea Sanitaria Mondiale, da raggiungere entro l'anno 2005 sono in particolare:

- trattare con successo l'85% dei casi di tubercolosi polmonare escreato-positiva (ovvero casi di tubercolosi polmonare con esame microscopico dell'escreato positivo);
- individuare il 70% dei casi di tubercolosi polmonare escreato-positiva (ovvero casi di tubercolosi polmonare con esame microscopico dell'escreato positivo).

Rispetto a questi due obiettivi, la Regione Emilia-Romagna ha intrapreso numerose iniziative attivando fin dal 1996 un sistema di sorveglianza e controllo della malattia tubercolare che ha permesso di raggiungere risultati significativi.

Nel corso del 2002 (ultimo anno i cui dati risultano completi e controllati), infatti, le percentuali di trattamento con successo sono pari a:

- 76% nei casi di tubercolosi polmonare (insuccesso nel 10%, decesso nel 13%, esito non valutato nell'1%).

Relativamente all'individuazione di almeno il 70% dei casi di tubercolosi contagiosa, il flusso di segnalazione delle positività per micobatteri da parte dei Laboratori di Microbiologia (BAAR su esame microscopico e micobatteri su esame colturale) garantisce di superare la quota di sottonotifica da parte dei clinici che in regione è stata stimata pari circa al 10%, e pertanto si può ragionevolmente affermare che, dove il flusso di segnalazione da parte dei Laboratori è completo e puntuale, vengono individuati la totalità dei casi di tubercolosi polmonare escreato positivi.

Per quanto concerne il sistema di sorveglianza della tubercolosi, l'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO Regional Office for Europe) nel documento **“DOTS Expansion Plan in the WHO European Region 2002-2006”** (reperibile all'indirizzo web:

http://www.who.dk/tuberculosis/publications/20030317_3), ha identificato i seguenti obiettivi regionali per l'anno 2006:

1. **Sviluppare una rete di Laboratori**

- Monitorare la rete di Laboratori che eseguono diagnosi batteriologica (esame microscopico e colturale) con un programma di controllo di qualità esterno.
- Partecipare alla rete sovranazionale di sorveglianza della farmacoresistenza.

2. **Monitorare e valutare**

- Implementare il sistema di sorveglianza per migliorare il controllo della malattia.
- Monitorare la resistenza farmacologica.

- Assicurare la disponibilità di dati sulla prevalenza e sulla mortalità attraverso le statistiche correnti.

3. Sorvegliare i gruppi a rischio

- Migliorare la sorveglianza della coinfezione TBC-HIV.
- Assicurare il trattamento anti-retrovirale ai pazienti con TBC-HIV positivi.
- Sviluppare strategie di controllo della TBC per particolari gruppi a rischio: detenuti, alcolisti, senza fissa dimora, lavoratori migranti.

L'obiettivo più ambizioso, enunciato durante il Washington Commitment (ottobre 2001) dalle maggiori Organizzazioni Internazionali, è rappresentato dall'impegno ad "eliminare la tubercolosi come problema di sanità pubblica" per l'anno 2050.

RISULTATI RAGGIUNTI E CRITICITA' RISCONTRATE

Nella regione Emilia-Romagna sono già state intraprese molte delle azioni indicate come obiettivi dalla Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO Euro).

Con la Circolare regionale dell'Assessore alla Sanità n. 43/94, la nota n. 18470/IGI del 02/05/95 e la successiva Circolare regionale n. 11/99 si sono definiti alcuni aspetti peculiari del controllo, sorveglianza e prevenzione della tubercolosi, soprattutto in relazione ai seguenti aspetti:

- gestione degli ammalati
- sorveglianza e trattamento dei gruppi a rischio
- sorveglianza epidemiologica
- valutazione dei programmi di controllo.

Inoltre, sono già stati avviati flussi informativi per la raccolta di dati clinici ed epidemiologici sui casi (in particolare sui fattori di rischio e sull'esito della terapia), sui contatti, sugli screening nei soggetti a rischio e sull'integrazione dei dati di notifica con la segnalazione dai Laboratori.

1. Qualità diagnostica

Il miglioramento della qualità della diagnosi microbiologica ha portato nel 2002 a registrare il 95.6% dei casi di TBC polmonare con l'esecuzione di un esame colturale e/o microscopico.

Si rileva invece una scarsa propensione alla diagnosi microbiologica nelle forme tubercolari extrapolmonari (linfonodali, renali, genitali, intestinali...) a causa dell'assenza di predisposizione dei campioni biotici per l'esame microscopico o colturale e la sola effettuazione dell'esame istologico.

2. Qualità terapeutica

Il corretto trattamento dei pazienti con tubercolosi polmonare previene la diffusione dell'infezione ed evita le morti correlate alla malattia.

Nel corso degli anni il trattamento dei casi di tubercolosi si è sempre più allineato agli standard terapeutici internazionali rispetto al tipo di farmaci utilizzati ed alla durata del ciclo terapeutico.

Nel 2002 la percentuale dei cicli terapeutici standard nella fase iniziale per le tubercolosi polmonari risulta pari al 46% con 4 farmaci e al 10% con tre farmaci (rispettivamente 31% e 19% nel 2000). Lo standard prevede, in assenza di resistenze farmacologiche:

- fase iniziale: 4 farmaci (isoniazide-H, rifampicina-R, pirazinamide-Z, etambutolo-E/streptomina-S) oppure 3 farmaci (isoniazide-H, rifampicina-R, pirazinamide-Z) per 2 mesi;
- fase di continuazione 2 farmaci (isoniazide-H, rifampicina-R) per 4 mesi.

3. Sorveglianza degli esposti a rischio

L'attività di sorveglianza dei soggetti esposti ad un caso contagioso è essenziale per il controllo della diffusione dell'infezione tubercolare. Nell'anno 2002 i contatti a rischio di 328 casi di tubercolosi polmonare segnalati in residenti e/o domiciliati in regione hanno mostrato un'adesione alla prima visita pari a 92% per i conviventi, 97% per i contatti in ambiente di lavoro, 97% per i contatti scolastici, 84% per i contatti in ambiente ospedaliero. L'adesione alla terapia dell'infezione tubercolare latente, quando proposta dallo specialista, è risultata pari a 100% per i contatti scolastici, 82% per i conviventi, 74% in ambito lavorativo e 36% per l'ambito ospedaliero. Risulta quindi opportuno migliorare la sorveglianza degli esposti a rischio ed il trattamento preventivo quando indicato.

4. Screening dei soggetti appartenenti a categorie a rischio

I dati relativi agli screening pervenuti in Regione dalle Aziende Sanitarie sono incompleti e testimoniano che lo screening viene effettuato in modo disomogeneo o che tale attività non viene considerata come rilevante per la valutazione locale dei programmi di sorveglianza.

I dati epidemiologici dimostrano che le categorie sottoposte a screening in ambito regionale hanno un indice di cutipositività medio negli anni 2000-2003 pari a: operatori sanitari: 14%; immigrati: 34%; detenuti: 29%; tossicodipendenti: 20%; immunodepressi: 8%; militari: 4%.

Tali informazioni devono fornire la base per pianificare gli ulteriori programmi di screening, anche tenendo conto dell'adesione mostrata all'effettuazione della terapia dell'infezione latente.

Con l'esperienza acquisita nella gestione delle problematiche collegate alla malattia tubercolare possono essere individuate alcune azioni essenziali per il miglioramento del sistema di sorveglianza, con l'obiettivo di determinare un maggiore allineamento alle strategie della WHO EURO.

OBIETTIVI

La presente Circolare, di cui il documento allegato è parte integrante (allegato A), ridefinisce il sistema di sorveglianza della tubercolosi con l'obiettivo di facilitare la raccolta e la circolazione delle informazioni relative alla malattia e all'infezione tubercolare attraverso la revisione dei flussi informativi già esistenti, la definizione dei tempi e delle modalità per il feed-back delle informazioni, nonché l'istituzione del sistema di sorveglianza delle resistenze ai farmaci antitubercolari di prima linea. A tale processo hanno partecipato attivamente anche l'Area Rischio infettivo dell'Agenzia sanitaria regionale e tutte le Aziende sanitarie cui la presente è stata illustrata.

Il testo contenuto nella presente sostituisce il testo contenuto nella sezione SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA della Circolare regionale n. 11 del 24/06/1999 "Sorveglianza e controllo della tubercolosi in Emilia-Romagna, Integrazioni e modifiche alla Circolare n. 43 del 07/11/94 e successive nota n. 18470/IGI del 02/05/95" e n. 21583/PRC del 23/05/2000. Sostituisce, inoltre, il testo contenuto nella nota n. 14338/PRC del 11/04/1996 "Sorveglianza della tubercolosi – Segnalazione isolamenti micobatteri da parte dei Laboratori di Microbiologia e dei Servizi di Anatomia Patologica" e nella successiva nota n. 24932/PCR del 21/06/1996.

Si ribadisce che i contenuti di questo documento sono ad integrazione e non sostituiscono quanto previsto dalla normativa nazionale in materia di sistema informativo delle malattie infettive (D.M. 15 dicembre 1990 e D.M. 29 luglio 1998).

Nel confermare che il nuovo sistema di sorveglianza è operativo dall'inizio del 2005, si formulano distinti saluti.

Franco Rossi

SISTEMA REGIONALE DI SORVEGLIANZA DELLA TUBERCOLOSI

SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA TUBERCOLOSI.....	2
1. SORVEGLIANZA CLINICO-EPIDEMIOLOGICA.....	3
2. SISTEMA INTEGRATIVO DI NOTIFICA DAI LABORATORI DI MICROBIOLOGIA E DAI SERVIZI DI ANATOMIA PATOLOGICA.....	6
3. SORVEGLIANZA DELLE RESISTENZE AI FARMACI ANTITUBERCOLARI	6
4. SORVEGLIANZA DELL'ESITO DEL TRATTAMENTO ANTITUBERCOLARE.....	9
5. SORVEGLIANZA DEI CONTATTI DI CASI DI TUBERCOLOSI	11
6. SORVEGLIANZA DELLE ATTIVITA' DI SCREENING DEI GRUPPI A RISCHIO	13
INDICATORI.....	14
CONTROLLI PERIODICI DEI DATI E REPORTISTICA.....	15
DEBITI INFORMATIVI.....	18
ALLEGATO 1 - SCHEDE DI SORVEGLIANZA CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA "SSCE/2005".....	24
ALLEGATO 2 - SCHEDE SEGNALAZIONE SERVIZI DI ANATOMIA PATOLOGICA "SAP/2005"	33
ALLEGATO 3 - SCHEDE SEGNALAZIONE LABORATORI DI MICROBIOLOGIA "SLM/2005"	34
ALLEGATO 4 - SCHEDE SORVEGLIANZA DELL'ESITO DEL TRATTAMENTO "SSET/2005"	35
ALLEGATO 5 - SCHEDE SORVEGLIANZA PER CONTATTI A RISCHIO – PARTE 1 (SSCR1/2005)	37
ALLEGATO 6 - SCHEDE INDIVIDUALE PER CONTATTO A RISCHIO (SSIC/2005).....	38
ALLEGATO 7 - SCHEDE SORVEGLIANZA PER CONTATTI A RISCHIO–PARTE 2 (SSCR2/2005)	41
ALLEGATO 8 - SCHEDE INDIVIDUALE SCREENING TUBERCOLINICO (SIST/2005).....	42
ALLEGATO 9 - SCHEDE DI RIEPILOGO SCREENING TUBERCOLINICO – PARTE 1 (SRS1/2005) E – PARTE 2 (SRS2/2005).....	45
GRAFICI 1-4 FLUSSI INFORMATIVI	47
SCHEDE.....	51

SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA TUBERCOLOSI

La sorveglianza di eventi sanitari è definita come la raccolta continuativa e sistematica, l'analisi e l'interpretazione di dati sanitari, essenziali per pianificare, sviluppare e valutare le attività di sanità pubblica, il tutto strettamente integrato con la tempestiva disseminazione di questi dati ai soggetti responsabili per il controllo e la prevenzione.

Lo scopo di raccogliere, analizzare e disseminare le informazioni su una particolare condizione sanitaria è quello di controllare tale fenomeno. La finalità ultima della sorveglianza è quella di indirizzare interventi per il miglioramento del livello di salute di una popolazione.

Gli obiettivi specifici del sistema di sorveglianza regionale della tubercolosi sono quelli di raccogliere, analizzare ed interpretare dati relativi alla incidenza della tubercolosi, all'esito del trattamento antitubercolare, alla prevalenza di forme sostenute da microrganismi farmaco-resistenti, alle attività di controllo della diffusione dell'infezione (gestione dei contatti e screening in gruppi a rischio).

Fine ultimo è quello di valutare l'efficacia del sistema regionale di controllo della tubercolosi (diagnosi precoce e trattamento efficace dei casi di tubercolosi) ed individuare prontamente eventuali gruppi o contesti ad alto rischio di diffusione dell'infezione e di progressione alla malattia.

COMPONENTI DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA DELLA TUBERCOLOSI

1. SORVEGLIANZA CLINICO-EPIDEMIOLOGICA
2. SISTEMA INTEGRATIVO DI NOTIFICA DAI LABORATORI DI MICROBIOLOGIA E SERVIZI DI ANATOMIA PATOLOGICA
3. SORVEGLIANZA DELLE RESISTENZE AI FARMACI ANTITUBERCOLARI
4. SORVEGLIANZA DELL'ESITO DEL TRATTAMENTO ANTITUBERCOLARE
5. SORVEGLIANZA DEI CONTATTI DI CASI DI TUBERCOLOSI
6. SORVEGLIANZA DELLE ATTIVITÀ DI SCREENING DI GRUPPI A RISCHIO

1. SORVEGLIANZA CLINICO-EPIDEMIOLOGICA

Il testo contenuto nella presente Circolare sostituisce quello contenuto nella Circolare regionale n. 11 del 24/06/1999 e nella successiva nota n. 21583/PRC del 23/05/2000.

La SCHEDA DI SORVEGLIANZA CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA (rif. allegato 6, Circolare regionale n. 11 del 24/06/1999) è sostituita dalla Scheda “**SSCE/2005**” in Allegato 1.

Obiettivi

Obiettivi della sorveglianza sono:

- descrivere l'andamento temporale dell'endemia tubercolare nella regione Emilia-Romagna e permettere un tempestivo intervento se il trend osservato si discosta da quello atteso;
- garantire l'identificazione di gruppi ad alto rischio di tubercolosi al fine di indirizzare più efficacemente interventi e risorse.

La sorveglianza della tubercolosi ha funzioni in parte differenziate a livello locale e regionale.

A **livello locale** essa ha l'obiettivo di consentire alle Aziende Sanitarie di:

- offrire a livello individuale un'assistenza appropriata;
- svolgere tempestivamente le attività di indagine dei contatti;
- individuare le epidemie a livello locale;
- monitorare l'epidemiologia locale della patologia.

A **livello regionale** la sorveglianza dovrebbe permettere di:

- monitorare l'epidemiologia della malattia nella regione, inclusi l'andamento temporale e le variazioni nell'incidenza in sottogruppi della popolazione;
- effettuare una prima valutazione del programma di controllo della tubercolosi;
- monitorare l'efficacia di specifiche misure di controllo e prevenzione della tubercolosi.

Caratteristiche del flusso informativo

Gli operatori sanitari (medici curanti e responsabili dei Laboratori di Microbiologia) sono tenuti a segnalare ogni caso sospetto o accertato di tubercolosi all'autorità sanitaria competente, ossia al Servizio individuato nell'ambito del Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Azienda USL (ovvero il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica - SISP) del luogo dove viene posta la diagnosi, **entro 48 ore**.

Tutte le segnalazioni provenienti dai Presidi Ospedalieri devono essere trasmesse per tramite della Direzione Sanitaria al Dipartimento di Sanità Pubblica.

Il Dipartimento di Sanità Pubblica:

1. verifica la residenza/domicilio abituale della persona segnalata e, per soggetti residenti o domiciliati in un'altra azienda AUSL della Regione, trasmette immediatamente la segnalazione;
2. conduce, per i casi di tubercolosi sospetti di contagiosità, con la massima tempestività l'indagine epidemiologica, utilizzando la **SCHEDA DI SORVEGLIANZA CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA (SSCE/2005)** del sistema di sorveglianza regionale che contiene anche le informazioni necessarie per la notifica dei casi a livello nazionale e per l'inserimento nel programma MIF99;
3. informa, per i casi di tubercolosi sospetti di contagiosità, le Aziende USL di residenza e domicilio dei contatti a rischio per gli opportuni interventi di profilassi;
4. se al termine dell'iter diagnostico il caso segnalato corrisponde a malattia tubercolare come definito dal D.M. 29/07/98, trasmette la notifica, utilizzando la **SCHEDA DI SORVEGLIANZA CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA (SSCE/2005)**, alla Regione - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - Servizio Sanità Pubblica, rispettando il termine ultimo dell'invio pari a 90 giorni dalla segnalazione. La Scheda **SSCE/2005** deve essere compilata per tutti i casi accertati di tubercolosi polmonare, tubercolosi polmonare più extrapolmonare, tubercolosi extrapolmonare, micobatteriosi non tubercolare segnalati dal 1 gennaio 2005 (data di denuncia dal 01.01.2005); la Scheda deve essere compilata anche per i soggetti diagnosticati nel territorio di competenza ma non residenti o domiciliati in regione;
5. notifica tutti i focolai epidemici accertati di tubercolosi registrati nel territorio di competenza secondo la definizione seguente (D.M. 29/07/98): verificarsi di due o più casi (compreso il caso indice) della stessa malattia in un gruppo di persone appartenenti ad una stessa comunità (famiglia, scuola, caserma, istituti di ricovero, ecc.) o comunque esposti ad una fonte comune di contagio, e con le modalità previste dal D.M. 29/07/98, ossia "i singoli casi facenti parte di uno stesso focolaio epidemico di malattia tubercolare attiva dovranno essere notificati al Ministero della Sanità con i tempi previsti per le malattie di classe I dal Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990, utilizzando la Scheda di cui all'art. 1 del presente Decreto ed inviando successivamente l'indagine epidemiologica relativa al focolaio stesso non appena conclusa".

Per i casi singoli facenti parte del focolaio epidemico devono essere predisposti la **SCHEDA DI SORVEGLIANZA CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA (SSCE/2005)** e la notifica (modello 15 di classe III – inserimento nel Programma MIF99).

Definizione di caso ai fini della notifica (D. M. 29/7/98)

Devono essere notificati solo i **casi accertati**. Devono essere notificati tutti i nuovi casi e le recidive di tubercolosi **attiva** polmonare ed extrapolmonare, indipendentemente dalla contagiosità, inclusi i casi di complesso primario attivo (cioè non calcifico), che soddisfino uno dei criteri diagnostici riportati di seguito.

Per caso **accertato** si intende un caso di tubercolosi polmonare ed extrapolmonare attiva che risponda ad uno dei criteri diagnostici di seguito riportati:

Criterio diagnostico	Definizione
Diagnosi microbiologica	Isolamento di: <i>M. tuberculosis complex (M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum)</i>
Diagnosi microscopico-clinica	Presenza di: 1. esame microscopico (diretto) di liquido biologico (ad es. escreato, liquor) con evidenza di bacilli alcool-acido resistenti (BAAR) oppure di preparato istologico (ad es. biopsia linfonodale, epatica) con evidenza di bacilli alcool-acido resistenti (BAAR) e/o granulomi tubercolari e 2. segni clinici/radiologici suggestivi di TBC attiva e/o terapia antitubercolare in corso con due o più farmaci.
Diagnosi clinica	Presenza di: segni clinici suggestivi di TBC attiva e <u>almeno due dei seguenti</u> : 1. indagini strumentali (ad es. Rx torace, TAC, ecc.) suggestive di TBC attiva 2. risposta alla terapia antitubercolare con due o più farmaci (miglioramento clinico/radiologico) entro un limite massimo di 90 giorni 3. test tubercolinico (Mantoux) positivo
Diagnosi autoptica	Evidenza autoptica di: TBC attiva non diagnosticata in vita.

Rilevazione e trasmissione delle informazioni

La Scheda da utilizzare per la raccolta e la trasmissione delle informazioni è la **SCHEDA DI SORVEGLIANZA CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA "SSCE/2005"** descritta in Allegato 1.

2. SISTEMA INTEGRATIVO DI NOTIFICA DAI LABORATORI DI MICROBIOLOGIA E DAI SERVIZI DI ANATOMIA PATOLOGICA

e

3. SORVEGLIANZA DELLE RESISTENZE AI FARMACI ANTITUBERCOLARI

Il testo contenuto nella presente Circolare sostituisce quello contenuto nella nota n. 14338/PRC del 11/04/1996 “Sorveglianza della tubercolosi – Segnalazione isolamenti micobatteri da parte dei Laboratori di Microbiologia e dei Servizi di Anatomia Patologica” e nella successiva nota n. 24932/PCR del 21/06/1996.

In particolare:

1. La Scheda relativa alle segnalazioni di diagnosi di tubercolosi dai Laboratori di Microbiologia (rif. Nota 24932/PRC 21/06/1996, allegato 1) è sostituita da **copia del referto** del Laboratorio di Microbiologia per quanto concerne la segnalazione rapida e dalla Scheda **SLM/2005** in allegato per la segnalazione degli esiti dei saggi di sensibilità ai farmaci antitubercolari di prima scelta.

2. La Scheda relativa alle segnalazioni di diagnosi di tubercolosi dai Servizi di Anatomia Patologica (rif. Nota 24932/PRC 21/06/1996, allegato 2) è sostituita dalla Scheda **SAP/2005** in allegato.

3. È abolita la Scheda “Scheda caso notificato da Laboratorio o da Anatomia Patologica” (rif. Nota 24932/PRC 21/06/1996, allegato 3) sostituita dalla variabile “Segnalazione solo da Laboratorio di Microbiologia/Servizio di Anatomia Patologica” di cui al punto 1 della Scheda **SSCE/2005**.

Obiettivi

Già nell’aprile del 1996, per migliorare la sensibilità del sistema di sorveglianza della tubercolosi, era stata istituita in regione la segnalazione da parte dei Laboratori di Microbiologia e dei Servizi di Anatomia Patologica dei pazienti con un esame di Laboratorio risultato positivo per micobatteri (nota n. 14338/PRC del 11/04/1996); nell’ultimo decennio anche a livello europeo, si è raccomandata l’integrazione dei sistemi di sorveglianza della tubercolosi basati sulla denuncia da parte dei clinici con dati provenienti dai Servizi diagnostici.

L’emergenza del fenomeno dell’antibiotico-resistenza rende, inoltre, urgente la sorveglianza dei casi di tubercolosi sostenuti da ceppi resistenti ai farmaci antitubercolari di prima linea, esigenza del resto già espressa a livello regionale (nota n.21583/PRC, 23/05/2000).

Il Sistema di Segnalazione a partenza dai Laboratori di Microbiologia e dai Servizi di Anatomia Patologica ha i seguenti obiettivi:

1. attuare tempestivamente misure di controllo e prevenzione per i casi di tubercolosi polmonare non segnalati dal curante;

2. migliorare la completezza della rilevazione dei casi di tubercolosi verificatisi nel territorio regionale;
3. rilevare la prevalenza delle forme di tubercolosi sostenute da ceppi di *M. tuberculosis* resistenti ai farmaci antitubercolari di prima linea e descrivere i relativi profili di resistenza.

Caratteristiche del flusso informativo

A. Segnalazione rapida degli esami microbiologici suggestivi di tubercolosi polmonare

Ogni Laboratorio di Microbiologia della Regione Emilia-Romagna è tenuto ad inviare **copia del referto** di tutti gli esami microbiologici **indicativi di tubercolosi polmonare** eseguiti su escreato, bronco aspirato (BAS), lavaggio broncoalveolare (BAL) e aspirato gastrico, **tempestivamente** alla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero **contestualmente** alla trasmissione al medico richiedente.

La Direzione Sanitaria è tenuta a trasmettere, **altrettanto tempestivamente** e comunque **entro 48 ore** dalla lettura dell'esame, tali referti al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica di competenza secondo le modalità già indicate per la **SCHEDA DI SORVEGLIANZA CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA**.

Gli esami per cui inviare il referto sono:

- esami diretti positivi per bacilli alcol acido resistenti;
- esami colturali con isolamento di *Mycobacterium tuberculosis*;
- esami di microbiologia molecolare positivi per MT complex;
- antibiogrammi relativi ad isolati con almeno una resistenza ai seguenti quattro farmaci antitubercolari: isoniazide, rifampicina, etambutolo e streptomina.

In caso di esami ripetuti nell'arco di pochi giorni (ad esempio tre diretti o colturali successivi) inviare solo il referto del primo esame risultato positivo.

B. Riepilogo semestrale degli esami biotici, citologici o autoptici suggestivi di tubercolosi polmonare o extra-polmonare.

Ogni Servizio di Anatomia Patologica è tenuto, **entro il primo mese di ogni semestre**, alla trasmissione, alla Direzione Sanitaria, di tutti gli esiti di esami biotici, citologici o autoptici suggestivi per tubercolosi.

La Direzione Sanitaria è tenuta a trasmettere tempestivamente tale riepilogo al SISP.

Per tutte le persone indicate nei flussi sopra menzionati, il SISP è tenuto alla ricerca di una precedente segnalazione di malattia; in caso negativo, svolge l'indagine epidemiologica e, nell'eventualità di corrispondenza dell'evento segnalato ai criteri di definizione di malattia tubercolare, inserirà il caso (anche per soggetti non residenti e non domiciliati in regione) nel sistema di notifica e nel Sistema di Sorveglianza della tubercolosi regionale, avendo cura di compilare la variabile "Segnalazione solo da Laboratorio di Microbiologia/Servizio di Anatomia Patologica" nella Scheda **SSCE/2005**. Nel caso di persona residente in un Comune appartenente ad un'altra Azienda USL, il SISP trasmette, come di consueto, la segnalazione all'Azienda USL di residenza, corredata di eventuali ulteriori informazioni in proprio possesso.

C. Riepilogo semestrale dei saggi di sensibilità ai farmaci antitubercolari

Ogni Laboratorio di Microbiologia della regione Emilia-Romagna che esegue saggi di sensibilità ai farmaci antitubercolari è tenuto, **entro il primo mese di ogni semestre**, alla trasmissione, alla Direzione Sanitaria, delle informazioni relative a tutti i soggetti con tubercolosi polmonare o extra-polmonare per i quali è stato eseguito, durante i sei mesi precedenti, un saggio di sensibilità ai farmaci antitubercolari, indipendentemente dall'esito dell'esame, utilizzando il Modello **SLM/2005**.

La Direzione Sanitaria trasmetterà poi tale riepilogo al SISP dell'Azienda USL e all'Area Rischio Infettivo dell'Agenzia Sanitaria Regionale.

I flussi informativi relativi ai Laboratori di Microbiologia e ai Servizi di Anatomia Patologica non devono essere inseriti nel programma MIF99.

Rilevazione e trasmissione delle informazioni

A. Segnalazione rapida degli esami microbiologici suggestivi di tubercolosi polmonare

La **copia del referto** prodotto per il medico richiedente deve contenere almeno la data di refertazione, i dati anagrafici del paziente, il tipo di esame e l'esito.

B. Riepilogo semestrale degli esami bioptici, citologici o autoptici suggestivi di tubercolosi polmonare o extra-polmonare.

La Scheda da utilizzare per la raccolta e la trasmissione delle informazioni è la **SCHEDA SEGNALAZIONE SERVIZI ANATOMIA PATOLOGICA "SAP/2005"** analizzata in Allegato 2.

C. Riepilogo semestrale dei saggi di sensibilità ai farmaci antitubercolari

La Scheda da utilizzare per la raccolta e la trasmissione delle informazioni è la **SCHEDA SEGNALAZIONE LABORATORI DI MICROBIOLOGIA "SLM/2005"** descritta in Allegato 3.

4. SORVEGLIANZA DELL'ESITO DEL TRATTAMENTO ANTITUBERCOLARE

Il testo contenuto nella presente Circolare sostituisce quello contenuto nella Circolare regionale n. 11 del 24/06/1999.

Le schede di SORVEGLIANZA DELL'ESITO DEL TRATTAMENTO Parte 1 e Parte 2 (rif. allegato 6, Circolare regionale n. 11 del 24/06/1999) sono sostituite dalla Scheda "**SSET/2005**" in Allegato 4.

Obiettivi

La pronta diagnosi e l'adeguato trattamento dei pazienti con tubercolosi polmonare sono necessari per ridurre la probabilità di trasmissione di *M. tuberculosis* nella popolazione e per raggiungere l'obiettivo di eliminazione della tubercolosi. Un programma di controllo della tubercolosi può essere valutato come efficace se la percentuale di soggetti guariti è elevata, la frequenza di resistenze acquisite ai farmaci è contenuta e i nuovi casi vengono identificati.

Il successo del trattamento di un paziente dipende dalla suscettibilità dei ceppi batterici ai farmaci antitubercolari, dal regime terapeutico impiegato, dalla durata della terapia e dall'aderenza di paziente e curante agli standard terapeutici raccomandati.

Il monitoraggio dell'esito del trattamento è essenziale per la valutazione dell'efficacia del sistema di controllo. La raccolta dei dati, la loro analisi e interpretazione permettono di individuare eventuali problemi e contribuiscono a migliorare la qualità delle cure.

Gli obiettivi della sorveglianza dell'esito del trattamento sono:

1. monitorare la capacità del sistema di garantire un'elevata proporzione di casi trattati fino al completamento della terapia e/o guariti;
2. monitorare l'aderenza agli standard raccomandati;
3. individuare situazioni o gruppi di soggetti che presentano particolari difficoltà nel portare a termine un ciclo di trattamento e/o nell'ottenere la guarigione.

Caratteristiche del flusso informativo

La Scheda **SSET/2005** deve essere compilata al termine dell'episodio assistenziale dal Centro che ha in carico il paziente; **deve essere compilata per tutti i casi di tubercolosi polmonare oppure polmonare più extrapolmonare segnalati dal 1 gennaio 2005 (data di denuncia dal 01.01.2005).**

Non deve essere compilata per:

- **i casi di tubercolosi solo extrapolmonare;**
- **i casi di micobatteriosi non tubercolare;**
- **i soggetti non residenti e non domiciliati abitualmente in Regione al momento della diagnosi;**
- **le forme di tubercolosi diagnosticate post-mortem;**
- **i casi deceduti prima dell'inizio della terapia.**

La Scheda **SSET/2005** deve essere inviata dai Centri che hanno in carico il soggetto al SISP di competenza **entro una settimana dal termine dell'episodio assistenziale**. Il SISP verifica la residenza/domicilio abituale della persona sorvegliata e, per soggetti residenti o domiciliati in un'altra azienda AUSL della Regione, trasmette immediatamente la Scheda **SSET/2005** al servizio che ha effettuato la notifica.

Nel caso di trasferimenti presso altro Centro, la Scheda **SSET/2005 va inviata** sia al SISP di competenza, sia al Centro presso cui si trasferisce il paziente.

I Dipartimenti di Sanità Pubblica inviano alla Regione - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - Servizio Sanità Pubblica un'**unica** Scheda contenente le informazioni sull'**esito finale** del trattamento **entro la fine del tredicesimo mese dalla data di denuncia** (Scheda **SSET/2005**); non vanno quindi inviate le schede relative ai trasferimenti intermedi.

Il flusso informativo relativo alla sorveglianza dell'esito del trattamento antitubercolare non deve essere inserito nel programma MIF99.

Rilevazione e trasmissione delle informazioni

La Scheda da utilizzare per la raccolta e la trasmissione delle informazioni è la **SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELL'ESITO DEL TRATTAMENTO (SSET/2005)** descritta in Allegato 4.

5. SORVEGLIANZA DEI CONTATTI DI CASI DI TUBERCOLOSI

Il testo contenuto nella presente Circolare sostituisce quello contenuto nella Circolare regionale n. 11 del 24/06/1999.

La Scheda di sorveglianza per contatti a rischio – parte 2 è sostituita dalla Scheda in Allegato 6 (**SSCR2/2005**). La Scheda prevede nuovi campi mirati a rilevare la diagnosi posta dopo la valutazione dei contatti e l'esito dell'eventuale terapia preventiva dell'infezione tubercolare latente.

Obiettivi

Nonostante vi siano notevoli differenze fra i vari Paesi, una larga frazione dei casi di tubercolosi in Europa ed in Italia è relativa a gruppi di individui con una elevata frequenza di infezione tubercolare latente (e di patologia attiva). Fra questi gruppi il principale è costituito dai **contatti stretti di casi recenti di tubercolosi**.

Sia le linee guida nazionali che le indicazioni regionali (rif. Circolare regionale n. 11 del 24/06/1999) individuano la ricerca attiva dei contatti di un caso di tubercolosi polmonare come una tra le più importanti misure preventive della malattia.

I dati necessari all'identificazione dei contatti sono raccolti dall'operatore del SISP durante l'inchiesta epidemiologica e, in particolare, durante l'intervista al soggetto malato. L'individuazione dei contatti a rischio, perché esposti al caso indice, costituisce un momento importante dell'indagine.

La ricerca attiva deve essere seguita da un trattamento appropriato ed efficace sia dei casi con malattia tubercolare attiva, sia dei casi con infezione tubercolare latente.

Il sistema di sorveglianza "dei contatti dei casi di tubercolosi" ha i seguenti obiettivi:

1. monitorare la capacità del sistema di individuare, attraverso l'indagine dei contatti, eventuali casi indice non riconosciuti o contatti con tubercolosi polmonare o infezione latente;
2. monitorare la capacità del sistema di valutare correttamente i contatti di caso seguendo le indicazioni contenute nei protocolli previsti;
3. monitorare la capacità del sistema di fornire un trattamento appropriato ed efficace per i soggetti con infezione latente.

Caratteristiche del flusso informativo

Per ogni caso di tubercolosi **polmonare** il SISP di competenza deve provvedere all'indagine sui contatti a rischio, al fine di identificare soggetti con malattia Tuberculare in fase attiva o con infezione recente (dimostrata dalla cuticonversione nel corso della sorveglianza attiva). Per ogni caso di **tubercolosi polmonare o extra-polmonare in età pediatrica** (fino a 14 anni), deve essere attivata la ricerca del caso fonte del contagio (caso indice).

Il SISP di competenza individua la lista dei contatti e trasmette al Centro specialistico di riferimento la **SCHEDA DI SORVEGLIANZA PER CONTATTI A RISCHIO-PARTE 1 (SSCR1/2005)**. L'invio della Scheda deve avvenire con la maggiore tempestività possibile.

Il Centro specialistico di riferimento, individuato come responsabile della sorveglianza dei contatti, esamina tempestivamente (e comunque, almeno per i casi contagiosi, entro **3 giorni** dal ricevimento della segnalazione) i soggetti individuati e compila per ognuno di essi una Scheda individuale (**SCHEDA INDIVIDUALE PER CONTATTO A RISCHIO SSIC/2005**).

Lo stesso Centro, al termine della valutazione o dell'eventuale terapia (comunque entro il 12° mese dalla data di invio della lista dei contatti da valutare), invia al SISP la documentazione relativa all'esito della valutazione/trattamento tramite la **SCHEDA INDIVIDUALE PER CONTATTO A RISCHIO (SSIC/2005)**.

Una volta pervenuta la documentazione relativa a tutti i contatti individuati (verosimilmente entro il 13° mese dalla data di denuncia del caso), il Dipartimento di Sanità Pubblica invia alla Regione – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - Servizio Sanità Pubblica, il riepilogo delle attività svolte (**SCHEDA DI SORVEGLIANZA PER CONTATTI A RISCHIO-PARTE 2 SSCR2/2005**). Qualora non sia individuato alcun contatto a rischio per il caso indice, il SISP deve comunque inviare la Scheda **SSCR2/2005** indicando nella colonna "Contatti individuati" il numero 0.

Il flusso informativo relativo alla sorveglianza dei contatti di casi di tubercolosi non deve essere inserito nel programma MIF99.

Rilevazione e trasmissione delle informazioni

Le schede da utilizzare per la raccolta e la trasmissione delle informazioni sono:

Scheda "**SSCR1/2005**" in Allegato 5;

Scheda "**SSIC/2005**" in Allegato 6;

Scheda "**SSCR2/2005**" in Allegato 7.

6. SORVEGLIANZA DELLE ATTIVITA' DI SCREENING DEI GRUPPI A RISCHIO

Obiettivi

La sorveglianza epidemiologica delle attività di screening condotte sui soggetti appartenenti a categorie a rischio (esposizione professionale, immigrazione da paesi ad alta incidenza della malattia tubercolare, presenza di patologie croniche/condizioni predisponenti la patologia tubercolare, effettuazione di terapie immunosoppressive, situazioni di detenzione, presenza di dipendenze patologiche) permette di ricavare dati sulla prevalenza dell'infezione tubercolare e di valutare l'attività di tali programmi.

Caratteristiche del flusso informativo

I dati devono essere raccolti su base annuale (**SCHEDA DI RIEPILOGO SCREENING TUBERCOLINICI - PARTE 1 SRS1**) da tutti i Centri/Servizi che effettuano programmi di screening: Dipartimenti di Sanità Pubblica (SISP), Dipartimenti delle Cure Primarie (Pediatria di Comunità, Spazio Immigrati, ...), Dipartimenti Dipendenze Patologiche, Direzioni Sanitarie delle Aziende Sanitarie Locali/Ospedaliere/Case di cura, Case di Riposo e Cooperative di Assistenza, Istituti Penitenziari ecc., ed inviati entro il 31 gennaio del secondo anno successivo a quello di riferimento al Dipartimento di Sanità Pubblica competente.

I Dipartimenti di Sanità Pubblica a loro volta trasmettono il riepilogo finale per l'Azienda USL, completo di tutti i dati ricevuti (**SCHEDA DI RIEPILOGO SCREENING TUBERCOLINICI - PARTE 2 SRS2**) entro il **31 marzo** di ogni anno alla Regione - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali - Servizio Sanità Pubblica. I dati trasmessi saranno relativi alle attività svolte due anni prima.

Il flusso informativo relativo ai programmi di screening non deve essere inserito nel programma MIF99.

Rilevazione e trasmissione delle informazioni

Le Schede di riepilogo **SRS1/2005 e SRS2/2005**, di pertinenza dei singoli Centri/Servizi che eseguono programmi di screening, possono essere riempite basandosi sugli archivi già a disposizione di ciascuna struttura o, nel caso in cui questi non siano disponibili, utilizzando la **SCHEDA INDIVIDUALE SCREENING TUBERCOLINICO** fornita (**SIST/2005**). Le schede sono descritte negli Allegati 8 e 9.

INDICATORI

Al fine di valutare la completezza e la tempestività della raccolta delle informazioni vengono proposti i successivi indicatori.

Indicatore	Obiettivo
1. I casi di tubercolosi polmonare notificati devono avere tutte le schede previste dal sistema di sorveglianza entro i termini stabiliti.	100%
a) SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELL'ESITO DEL TRATTAMENTO (SSET/2005) : entro 13 mesi dalla data denuncia	
b) SCHEDA DI SORVEGLIANZA PER CONTATTI A RISCHIO-PARTE 2 (SSCR2/2005) : entro 13 mesi dalla data denuncia.	100%
2. Le schede devono essere complete per le variabili specificate nella tabella sottostante.	100%
3. I casi di tubercolosi polmonare devono avere almeno un contatto identificato.	90%
4. I casi, diagnosticati in regione, di tubercolosi polmonare per i quali la notifica riporta la positività di esami microbiologici devono essere stati segnalati dai Laboratori di Microbiologia. Analogamente, i casi di tubercolosi polmonare ed extrapolmonare per i quali la notifica riporta la positività di esami istologici devono essere stati segnalati dai Servizi di Anatomia Patologica.	95%
5. I casi segnalati dai Laboratori di Microbiologia/Servizi di Anatomia Patologica devono essere stati notificati.	95%

Variabili per cui è richiesta una completezza nel 100% delle schede.	
SCHEDA DI SORVEGLIANZA CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA SSCE/2005	
Denuncia da Laboratorio di Microbiologia/Servizio di Anatomia Patologica	Data inizio terapia
Data denuncia	Stato in vita
Cognome	Diagnosi di TBC in passato
Nome	Precedente trattamento antitubercolare
Data di nascita	Classificazione in relazione a precedenti trattamenti
Sesso	Agente eziologico
Stato di nascita	Sede anatomica
Anno arrivo in Italia	Criteri diagnostici
Vita in collettività	Fattori di rischio
Professione	Trattamento in fase iniziale
Data inizio sintomi	
SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELL'ESITO DEL TRATTAMENTO SSET/2005	
Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Sesso	
Data interruzione trattamento	
Esito del trattamento	

CONTROLLI PERIODICI DEI DATI E REPORTISTICA

Vengono di seguito riportati i tempi e la modalità di controllo per le diverse Schede del flusso informativo che pervengono, in momenti diversi, alla Regione; tali verifiche prevedono da una parte il confronto in Regione fra le schede cartacee e i dati trasmessi in formato elettronico attraverso il programma MIF99 e dall'altra una serie di controlli incrociati fra le varie informazioni. Vengono inoltre descritti i Report predisposti dalla Regione come ritorno informativo.

1. SCHEDA DI SORVEGLIANZA CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA (SSCE/2005)

Ogni mese vengono effettuati i controlli relativi alle schede dell'ultimo mese definitivo trasmesso attraverso il programma MIF99 (primo mese dell'ultimo semestre acquisito); le informazioni vengono poi consolidate definitivamente il mese successivo. La figura 1 riporta i tempi dei controlli.

Figura 1. Tempi del controllo e del consolidamento dei dati relativi alla SCHEDA DI SORVEGLIANZA CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA SSCE/2005.

Semestre trasmissione MIF							
Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto
Mese denuncia						Controllo mese definitivo (Gennaio)	Consolidamento mese definitivo (Gennaio) Invio alle AUSL del report delle correzioni

Di seguito sono riportati i controlli routinari previsti:

1. Concordanza dei casi inseriti nel programma MIF99 e dei casi presenti nelle schede cartacee del sistema di sorveglianza
2. Controlli interni sulle variabili (su dati elettronici):
 - Criteri diagnostici
 - Professione
 - Classificazione precedenti trattamenti
 - Diagnosi *post-mortem*
 - Anno di arrivo in Italia
 - Fattori di rischio
 - Collettività
3. Controlli eventuali sul cartaceo
 - Verifica degli errori/incongruenze identificati sui dati elettronici
4. Eventuale verifica con i referenti del Dipartimento di Sanità Pubblica

Gli errori rilevati vengono corretti a livello regionale e comunicati entro la fine del mese di consolidamento con un *report* mensile ad ogni singola AUSL.

2. SCHEDA DI SEGNALAZIONE LABORATORI DI MICROBIOLOGIA (SLM/2005)

Il primo mese di ogni semestre deve pervenire in Regione la Scheda di riepilogo dei saggi di sensibilità ai farmaci antitubercolari relativa al semestre concluso (**SCHEDA DI SEGNALAZIONE LABORATORI DI MICROBIOLOGIA (SLM/2005)**), come mostrato in figura 2.

Figura 2. Tempi del controllo e del consolidamento dei dati relativi alla **SCHEDA DI SEGNALAZIONE LABORATORI DI MICROBIOLOGIA (SLM/2005)**.

Primo semestre dell'anno						Secondo semestre dell'anno						
Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen
						Ricezione della Scheda SLM relativa al semestre concluso gennaio-giugno						Ricezione della Scheda SLM relativa al semestre concluso luglio-agosto

3. SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELL'ESITO DEL TRATTAMENTO (SSET/2005)

Per quanto riguarda il controllo delle informazioni relative all'esito del trattamento, ogni mese vengono effettuati i controlli sulle schede dei casi notificati 13 mesi prima. Le informazioni vengono poi consolidate definitivamente il mese successivo. La figura 3 riporta i tempi dei controlli e del consolidamento dei dati.

4. SCHEDA DI SORVEGLIANZA PER CONTATTI A RISCHIO - PARTE 2 (SSCR2/2005)

Per ogni Scheda di notifica del mese definitivo deve essere presente la corrispondente **SCHEDA DI SORVEGLIANZA PER CONTATTI A RISCHIO - PARTE 2 (SSCR2/2005)**. La presenza di tale Scheda viene valutata alla fine del tredicesimo mese successivo alla data di denuncia; i tempi dei controlli e del consolidamento dei dati sono quindi analoghi a quelli della **SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELL'ESITO DEL TRATTAMENTO SSET/2005** (vedi figura 3).

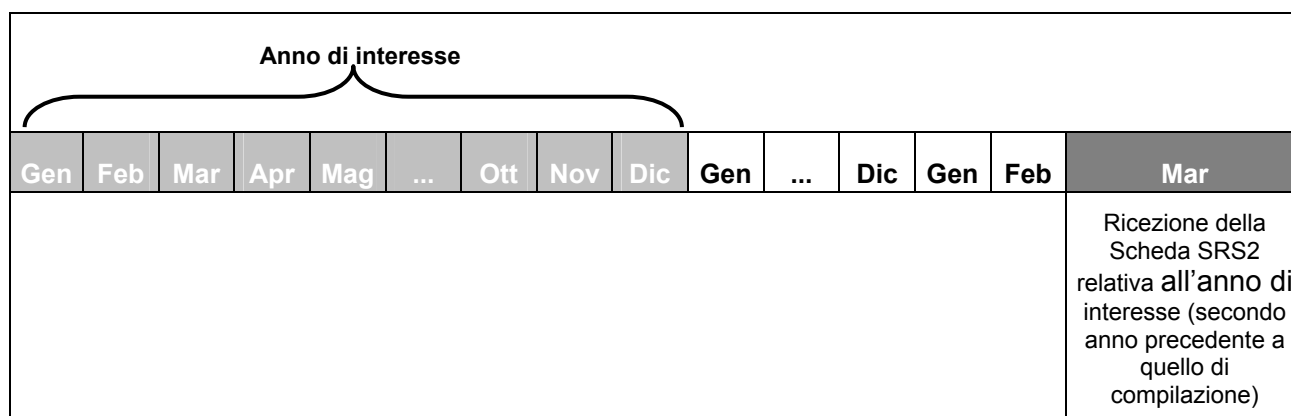
Figura 3. Tempi del controllo e consolidamento dati relativi alla **SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELL'ESITO DEL TRATTAMENTO (SSET/2005)** e alla **SCHEDA DI SORVEGLIANZA PER CONTATTI A RISCHIO - PARTE 2 (SSCR2/2005)**.

Giu	Lug	Ago	Set	...	Dic	Gen	Feb	...	Giu	Lug	Ago
Mese denuncia										Controllo del mese di giugno anno precedente	Consolidamento mese di giugno anno precedente Invio alle AUSL del report delle correzioni

5. SCHEDA DI RIEPILOGO SCREENING TUBERCOLINICO - PARTE 2 (SRS2/2005)

Entro il 31 marzo di ogni anno (vedi figura 4) deve esser compilata e trasmessa alla Regione la **SCHEDA DI RIEPILOGO SCREENING TUBERCOLINICO - PARTE 2 (SRS2/2005)** relativa all'anno di interesse (secondo anno precedente a quello di compilazione), che contiene i dati sulle attività di Screening svolte a livello Aziendale.

Figura 4. Tempi del controllo e consolidamento dati relativi alla SCHEDA DI RIEPILOGO SCREENING TUBERCOLINICO - PARTE 2 (SRS2/2005).



Report

Report semestrale dei dati di notifica

Con cadenza semestrale (gennaio e agosto di ogni anno) viene predisposto un report standard da distribuire agli operatori coinvolti nell'attività di prevenzione, sorveglianza e controllo della tubercolosi. Il report contiene i dati di notifica relativi all'ultimo semestre consolidato disaggregati a livello aziendale.

Report annuale

Un report annuale viene pubblicato a novembre di ogni anno. Il report, oltre a contenere un'analisi dettagliata e commentata dei dati relativi alla notifica dei casi di tubercolosi e all'esito del trattamento contiene l'analisi del trend temporale della patologia, l'analisi dei dati di mortalità, l'analisi dei dati relativi all'indagine sui contatti e sulle categorie sottoposte a screening e l'analisi dei dati relativi alla sorveglianza delle le resistenze.

DEBITI INFORMATIVI

SEGNALAZIONE DI MALATTIA INFETTIVA E DIFFUSIVA ANCHE SOSPETTA

Chi compila?	Medico che nell'esercizio della sua professione sia venuto a conoscenza del manifestarsi di qualunque malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, pericolosa per la salute pubblica
Per quali casi compilarla?	Tutti i casi di tubercolosi polmonare o extrapolmonare diagnosticati. Tutti i casi di micobatteriosi non tubercolare diagnosticati
Quando compilarla?	Quando esiste un ragionevole sospetto diagnostico di tubercolosi o quando esiste una diagnosi di tubercolosi o micobatteriosi non tubercolare
Quando inviarla?	Entro 48 ore dal sospetto o dall'accertamento
Chi invia?	Medico curante o Direzione Sanitaria se Presidio/Azienda Ospedaliera/Casa di Cura
A chi inviarla?	Dipartimento di Sanità Pubblica (Servizio Igiene e Sanità Pubblica) dell'Azienda USL del luogo dove viene posta la diagnosi
Ulteriori invii?	No
Inserimento nel programma MIF99	No

SCHEDA DI SORVEGLIANZA CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA (SSCE/2005)

Chi compila?	Dipartimento di Sanità Pubblica (Servizio Igiene e Sanità Pubblica)
Per quali casi compilarla?	Tutti i casi di tubercolosi e micobatteriosi non tubercolare diagnosticati nel territorio di competenza
Quando compilarla?	Quando è possibile la definizione di caso.
Quando inviarla?	Entro 90 giorni dalla segnalazione
Chi invia?	Dipartimento di Sanità Pubblica. <ul style="list-style-type: none">• DSP di residenza o domicilio abituale per i casi residenti in regione• DSP di diagnosi per i casi residenti fuori regione
A chi inviarla?	Servizio Sanità Pubblica - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Regione Emilia-Romagna
Ulteriori invii?	No
Inserimento nel programma MIF99	Sì (ad eccezione di alcune variabili come già specificato).

**SEGNALAZIONE RAPIDA DEGLI ESAMI MICROBIOLOGICI SUGGERITIVI DI TUBERCOLOSI
POLMONARE (REFERTI)**

Chi compila?	Laboratori di Microbiologia
Per quali casi compilarla?	Tutti gli esami microbiologici indicativi di tubercolosi polmonare eseguiti su escreato, bronco aspirato (BAS), lavaggio broncoalveolare (BAL) e aspirato gastrico.
Quando compilarla?	Al momento della lettura dell'esame
Quando inviarla?	Contestualmente alla trasmissione al medico richiedente e comunque con la massima tempestività dalla lettura dell'esame.
Chi invia?	Laboratori di Microbiologia
A chi inviarla?	Direzione Sanitaria del Presidio/Azienda Ospedaliera/Casa di Cura o Dipartimento di Sanità Pubblica (Servizio Igiene e Sanità Pubblica) competente
Ulteriori invii?	Sì
Quando inviarla?	Immediatamente, e comunque entro 48 ore dalla lettura dell'esame
Chi invia?	Direzione Sanitaria del Presidio/Azienda Ospedaliera/Casa di Cura
A chi inviarla?	Dipartimento di Sanità Pubblica (Servizio Igiene e Sanità Pubblica) competente
Ulteriori azioni?	I SISP di competenza verificano che tutti i soggetti con esami suggestivi di tubercolosi siano stati precedentemente segnalati; nell'eventualità di assenza di precedente denuncia è compito del SISP la conduzione dell'indagine epidemiologica, la notifica e l'inserimento del caso nel Sistema di Sorveglianza regionale della tubercolosi.
Inserimento nel programma MIF99	No

SCHEDA DI SEGNALAZIONE SERVIZI ANATOMIA PATOLOGICA (RIEPILOGO SEMESTRALE SAP/2005)

Chi compila?	Servizi di Istologia e Anatomia Patologica
Per quali casi compilarla?	Tutti i casi con esami suggestivi di tubercolosi (no MOTT).
Quando compilarla?	Al termine di ogni semestre
Quando inviarla?	Entro il primo mese del semestre successivo a quello di riferimento
Chi invia?	Servizi di Istologia e Anatomia Patologica
A chi inviarla?	Direzione Sanitaria del Presidio/Azienda Ospedaliera/Casa di Cura
Ulteriori invii?	Sì
Quando inviarla?	Tempestivamente
Chi invia?	Direzione Sanitaria del Presidio/Azienda Ospedaliera/Casa di Cura
A chi inviarla?	Dipartimento di Sanità Pubblica (Servizio Igiene e Sanità Pubblica) competente
Ulteriori azioni?	I SISP di competenza verificano che tutti i soggetti con esami suggestivi di tubercolosi siano stati precedentemente segnalati; nell'eventualità di assenza di precedente denuncia è compito del SISP la conduzione dell'indagine epidemiologica, la notifica e l'inserimento del caso nel Sistema di Sorveglianza regionale della tubercolosi.
Inserimento nel programma MIF99	No

SCHEDA DEI SAGGI DI SENSIBILITA' AI FARMACI ANTITUBERCOLARI - LABORATORI DI MICROBIOLOGIA (RIEPILOGO SEMESTRALE SLM/2005)

Chi compila?	Laboratori di Microbiologia
Per quali casi compilarla?	Tutti i casi di tubercolosi in cui è stato eseguito un test di sensibilità ai farmaci antitubercolari
Quando compilarla?	Al termine di ogni semestre.
Quando inviarla?	Entro il primo mese del semestre successivo a quello di riferimento.
Chi invia?	Laboratori di Microbiologia
A chi inviarla?	Direzione Sanitaria del Presidio/Azienda Ospedaliera/Casa di Cura
Ulteriori invii?	Sì
Quando inviarla?	Tempestivamente
Chi invia?	Direzione Sanitaria del Presidio/Azienda Ospedaliera/Casa di Cura
A chi inviarla?	Dipartimento di Sanità Pubblica (Servizio Igiene e Sanità Pubblica) competente e Regione – Agenzia Sanitaria Regionale – Area Rischio Infettivo
Ulteriori azioni?	I SISP di competenza verificano che tutti i soggetti con esami suggestivi di tubercolosi siano stati precedentemente segnalati; nell'eventualità di assenza di precedente denuncia è compito del SISP la conduzione dell'indagine epidemiologica, la notifica e l'inserimento del caso nel Sistema di Sorveglianza regionale della tubercolosi.
Inserimento nel programma MIF99	No

SCHEDA DI SORVEGLIANZA DELL'ESITO DEL TRATTAMENTO (SSET/2005)

Chi compila?	Servizio che ha in carico il paziente
Per quali casi compilarla?	Tutti i casi di tubercolosi polmonare o di tubercolosi polmonare + extrapolmonare in soggetti residenti o domiciliati abituali in ambito regionale
Quando compilarla?	Al termine dell'episodio assistenziale.
Quando inviarla?	Entro 1 settimana dal termine dell'episodio assistenziale
Chi invia?	Servizio che ha in carico il paziente
A chi inviarla?	Dipartimento di Sanità Pubblica (Servizio Igiene e Sanità Pubblica) competente e, nel caso di trasferimento, nel nuovo Centro
Ulteriori invii?	Sì, scheda relativa all'esito finale
Quando inviarla?	Entro 13 mesi dalla data di denuncia
Chi invia?	Dipartimento Sanità Pubblica competente.
A chi inviarla?	Servizio Sanità Pubblica – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Regione Emilia-Romagna
Inserimento nel programma MIF99	No

SCHEDA DI SORVEGLIANZA PER CONTATTI A RISCHIO - PARTE 1 (SSCR1/2005)

Chi compila?	Dipartimento di Sanità Pubblica (Servizio Igiene e Sanità Pubblica) competente
Per quali casi compilarla?	Tutti i casi di tubercolosi polmonare
Quando compilarla?	Nel corso dell'indagine epidemiologica.
Quando inviarla?	Con la maggiore tempestività possibile
Chi invia?	Dipartimento di Sanità Pubblica competente
A chi inviarla?	Centro specialistico referente per la sorveglianza dei contatti
Ulteriori invii?	No
Inserimento nel programma MIF99	No

SCHEDA INDIVIDUALE PER CONTATTO A RISCHIO (SSIC/2005)

Chi compila?	Centro specialistico referente
Per quali casi compilarla?	Tutti i contatti esaminati
Quando compilarla?	Al termine della sorveglianza del contatto e comunque entro 12 mesi dall'avvio della sorveglianza
Quando inviarla?	Al termine della sorveglianza del contatto e comunque entro 12 mesi dall'avvio della sorveglianza
Chi invia?	Centro specialistico referente per la sorveglianza dei contatti
A chi inviarla?	Dipartimento di Sanità Pubblica (Servizio Igiene e Sanità Pubblica) competente
Ulteriori invii?	No
Inserimento nel programma MIF99	No

SCHEDA DI SORVEGLIANZA PER CONTATTI A RISCHIO - PARTE 2 (SSCR2/2005)

Chi compila?	Dipartimento di Sanità Pubblica (Servizio Igiene e Sanità Pubblica) competente
Per quali casi compilarla?	Tutti i casi di tubercolosi polmonare. In assenza di contatti a rischio individuati compilare con l'indicazione del numero 0
Quando compilarla?	Alla ricezione delle schede individuali per contatti a rischio completate dal Centro specialistico al termine della sorveglianza, e comunque entro 13 mesi dalla data di segnalazione del caso indice
Quando inviarla?	Entro 13 mesi dalla data di segnalazione del caso indice
Chi invia?	Dipartimento Sanità Pubblica competente
A chi inviarla?	Servizio Sanità Pubblica - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Regione
Ulteriori invii?	No
Inserimento nel programma MIF99	No

SCHEDA RIEPILOGO SCREENING TUBERCOLINICI - PARTE 1 (SRS1/2005)

Chi compila?	Centro/Servizio che effettua gli screening
Per quali casi compilarla?	Tutti i soggetti sottoposti ad attività di screening tubercolare, basandosi sugli archivi già a disposizione della struttura o, nel caso in cui questi non siano disponibili, utilizzando la SCHEDA INDIVIDUALE SCREENING TUBERCOLINICO SIST/2005 .
Quando compilarla?	Ogni anno.
Quando inviarla?	Entro il 31 gennaio del secondo anno successivo a quello di riferimento
Chi invia?	Centro/Servizio che effettua gli screening
A chi inviarla?	Dipartimento di Sanità Pubblica competente
Ulteriori invii?	No
Inserimento nel programma MIF99	No

SCHEDA RIEPILOGO SCREENING TUBERCOLINICI - PARTE2 (SRS2/2005)

Chi compila?	Dipartimento di Sanità Pubblica competente
Per quali casi compilarla?	Per tutte le attività di screening tubercolare pervenute dai Centri/Servizi del territorio di competenza
Quando compilarla?	Ogni anno.
Quando inviarla?	Entro il 31 marzo del secondo anno successivo a quello di riferimento
Chi invia?	Dipartimento di Sanità Pubblica di competenza
A chi inviarla?	Servizio Sanità Pubblica - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali – Regione Emilia-Romagna
Ulteriori invii?	No
Inserimento nel programma MIF99	No

SCHEDA INDIVIDUALE SCREENING TUBERCOLINICO (SIST/2005)

Chi compila?	Centro/Servizio che effettua lo screening
Per quali casi compilarla?	Soggetti esaminati
Quando compilarla?	Al termine della sorveglianza del soggetto quando non è disponibile un altro sistema di registrazione dei dati.
Quando inviarla?	Utilizzo interno al Centro/Servizio
Inserimento nel programma MIF99	No

ALLEGATO 1 - SCHEDA DI SORVEGLIANZA CLINICA ED EPIDEMIOLOGICA "SSCE/2005"

Informazioni richieste e guida alla rilevazione

Tutte le variabili previste nella Scheda devono essere compilate. In caso di mancanza dell'informazione indicare, ove previsto, il campo "non noto".

AZIENDA, DISTRETTO E SCHEDA NUMERO, ANNO:

Indicare Azienda e Distretto di appartenenza del SISP che compila la Scheda ed il numero progressivo assegnato dal SISP alla segnalazione di caso nell'anno in corso.

PATOLOGIA:

Indicare se trattasi di "tubercolosi" o "micobatteriosi non tubercolare".

DATA DI SEGNALAZIONE AL SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA:

Corrisponde alla data in cui è stata compilata la prima segnalazione del curante o del Laboratorio, anche nel caso di malattia sospetta, o in mancanza di questa, alla data in cui la segnalazione è stata protocollata dalla Direzione Sanitaria, oppure alla data in cui la segnalazione è pervenuta al SISP. Nel caso di segnalazione pervenuta solo dal Laboratorio di Microbiologia o dal Servizio di Anatomia Patologica indicare la data del referto o della compilazione della **Scheda di SEGNALAZIONE SERVIZI DI ANATOMIA PATOLOGICA (SAP/2005)**.

LUOGO DI SEGNALAZIONE:

Indicare Comune e Provincia di segnalazione.

MEDICO SEGNALATORE, REPARTO/SERVIZIO/AMBULATORIO/LABORATORIO:

Indicare nominativo del Medico e Reparto/Servizio/Ambulatorio/Laboratorio di appartenenza.

SEGNALAZIONE SOLO DA LABORATORIO/ANATOMIA PATOLOGICA (NUOVA VARIABILE):

La variabile è stata introdotta in sostituzione della "Scheda caso notificato da Laboratorio o da Anatomia Patologica" (rif. Nota 24932/PRC 21/06/1996, allegato 3). Va barrato il sì nel caso in cui la denuncia provenga solo dai suddetti Servizi. **L'informazione non può essere inserita nel programma MIF99.**

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

NATO IL:

Indicare la data di nascita in formato gg-mm-aaaa

LUOGO DI NASCITA:

Indicare il Comune, la Provincia e lo Stato di nascita.

SESSO:

Barrare la casella corrispondente.

ISCRITTO AL SSN:

Indicare «sì» in tutti i casi di iscrizione al SSN, anche temporanea, per lavoro o studio; specificare inoltre se l'iscrizione temporanea è per soggetti stranieri non regolarizzati (STP).

ANNO DI INGRESSO IN ITALIA:

Questa variabile risulta spesso non rilevata (36% di dati mancanti nel 2001), mentre l'informazione è indispensabile, a livello regionale, per indirizzare gli interventi di screening e assistenza rivolti ai cittadini provenienti dall'estero.

PRESENTE DA PIÙ DI TRE ANNI (NUOVA VARIABILE):

Poiché in alcuni casi non si riesce a conoscere con esattezza l'anno di ingresso in Italia, ma è possibile che il paziente sia in grado di indicare se tale evento si sia verificato recentemente o meno, è stata inserita la possibilità di compilare la variabile: "presente da più di tre anni". Tale variabile va compilata **solo** nel caso in cui l'esatto anno di ingresso in Italia non sia noto. **L'informazione non può essere inserita nel programma MIF99.**

SENZA FISSA DIMORA:

Indicare "sì", quando la persona non ha una residenza anagrafica né un domicilio abituale.

VIVE IN COLLETTIVITÀ AL MOMENTO DELLA DIAGNOSI:

Questa variabile è utile per individuare categorie di strutture residenziali nelle quali il rischio di sviluppare tubercolosi sia più elevato che nella comunità generale. Nella Scheda cartacea sono stati introdotti i seguenti campi: Casa protetta, Residenza Sanitaria Assistita (RSA), Comunità di alloggio, Casa di riposo, Lungodegenza, Residenza protetta, Caserma, Istituto Penitenziario/di Rieducazione, Residenza per recupero tossicodipendenti, Residenza per immigrati/profughi, Residenza per malati psichici, Altro (specificare).

Il significato da attribuire all'informazione "vive in collettività" non è più da intendersi, nel caso della tubercolosi, come la collettività "frequentata" e verso la quale il SISIP deve attivare misure di controllo e prevenzione, ma **come la collettività in cui il malato ha risieduto per almeno 3 mesi prima dell'inizio dei sintomi**. Non devono pertanto essere indicati in questo campo i centri non residenziali quali centri diurni, scuole, famiglia ecc.

Di seguito sono riportate le diciture consigliate per l'inserimento delle informazioni nel sistema informatizzato "MIF99":

Comunità in cui l'individuo risiede al momento della diagnosi	Diciture consigliate nel Programma MIF99
Case protette	Casa protetta
RSA	
Comunità alloggio	
Residenze protette	
Case di riposo (Case Albergo, Alberghi per anziani)	Casa protetta
Lungodegenza	Campo nomadi - profughi Centro di prima accoglienza
Residenze per immigrati/profughi	Caserma
Caserme	Carcere - Riformatorio
Istituti Penitenziari e di Rieducazione	Casa protetta
Residenze per recupero tossicodipendenti	Casa protetta
Residenze per malati psichici	Casa protetta

RESIDENZA:

Riportare indirizzo, Comune, Provincia e Regione di residenza.

DOMICILIO ABITUALE:

Riportare indirizzo, Comune, Provincia e Regione del domicilio in cui il soggetto risiede abitualmente, nel caso questo sia diverso dalla residenza anagrafica. Per soggetti senza fissa dimora, nomadi, ospiti di istituti penitenziari, studenti o lavoratori (anche se non iscritti

ufficialmente all'anagrafe comunale) indicare il comune di domicilio prevalente al momento della diagnosi di tubercolosi.

TITOLO DI STUDIO (NUOVA VARIABILE):

Questa nuova variabile è utile per descrivere il livello socioculturale delle persone con tubercolosi. Nella Scheda sono stati introdotti i seguenti campi: Nessun titolo di studio, Licenza elementare, Licenza media inferiore, Diploma superiore, Laurea e Non noto. **L'informazione non può essere inserita nel programma MIF99.**

PROFESSIONE:

Questa variabile è utile, a livello regionale, per individuare eventuali condizioni lavorative che aumentino il rischio di tubercolosi, al fine di programmare interventi di controllo specifici. Nella Scheda cartacea sono stati introdotti i seguenti campi: Studente, Pensionato/Invalido, Casalinga, Disoccupato, Non nota, Occupato (Specificare: Medico, Infermiere, Altro personale dei Servizi Sanitari, Operatore sociale, Veterinario, Allevatore e lavoratori di allevamenti, Personale di Istituti di Pena e Rieducazione, Altra occupazione).

Di seguito vengono riportate le diciture consigliate per l'inserimento nel sistema informatizzato "MIF99".

Professione	Diciture consigliate nel Programma MIF99
Medico	<ul style="list-style-type: none"> ▪ medici generici ▪ medici specialisti con specializzazioni prevalentemente in regime di ricovero ▪ medici specialisti con specializzazioni prevalentemente ambulatoriali
Infermiere	<ul style="list-style-type: none"> ▪ infermieri professionali ▪ infermieri capo ed assimilati
Altro personale dei Servizi Sanitari	<ul style="list-style-type: none"> ▪ personale non qualificato nei Servizi Sanitari
Operatore sociale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ assistenti sociali ed assimilati ▪ altre professioni intermedie nel campo della assistenza e della previdenza sociale ▪ professioni intermedie nei Servizi Sociali ▪ personale non qualificato addetto ai Servizi Sociali
Veterinario	<ul style="list-style-type: none"> ▪ veterinari
Allevatore e lavoratori di allevamenti	<ul style="list-style-type: none"> ▪ allevatori e lavoratori di allevamenti di bovini ed equini
Personale di Ist.ti Penitenziari/ Rieducazione:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ istituti di pena e rieducazione

DITTA/SCUOLA E SEDE:

Queste variabili hanno valenza locale per indirizzare gli interventi di prevenzione, sorveglianza e controllo della malattia tubercolare. **L'informazione non può essere inserita nel programma MIF99.**

CARATTERISTICHE DELLA MALATTIA

INIZIO SINTOMI:

Indicare la data di inizio dei sintomi del presente episodio

COMUNE/PROVINCIA INIZIO SINTOMI:

Indicare il luogo in cui hanno avuto inizio i sintomi.

STATO IN VITA AL MOMENTO DELLA DIAGNOSI (NUOVA VARIABILE):

Nella Scheda cartacea è stato inserito il campo "Stato in vita al momento della diagnosi di tubercolosi": vivente o deceduto. Tale campo deve essere sempre compilato. Occorre indicare "deceduto" solo per i pazienti con diagnosi post-mortem o deceduti prima di iniziare

la terapia antitubercolare per l'episodio oggetto di notifica. **L'informazione non può essere inserita nel programma MIF99.**

IL PAZIENTE È RICOVERATO AL MOMENTO DELLA DIAGNOSI?:

Indicare se al momento della diagnosi il paziente risulta ricoverato in un Reparto ospedaliero e, in questo caso, indicare la data di ricovero.

TERAPIA INIZIALE

DATA INIZIO TERAPIA:

Indicare la data di inizio della terapia antitubercolare nel presente episodio. Se la diagnosi è stata fatta post-mortem (es. riscontro autoptico) o il decesso è avvenuto prima dell'inizio della terapia, indicare la data di morte.

CENTRO PRESSO IL QUALE IL PAZIENTE HA INIZIATO LA TERAPIA (REPARTO/SERVIZIO/AMBULATORIO):

Indicare il Centro specificando Reparto, Servizio, ambulatorio. **L'informazione non deve essere inserita nel programma MIF99 nella sezione sorveglianza/anamnesi.**

TERAPIA INIZIALE:

Questa variabile sostituisce la "Parte 1.C" della "Scheda di sorveglianza dell'esito del trattamento" (rif. allegato 6, Circolare regionale n. 11 del 24/06/1999). Devono essere riportati i farmaci utilizzati all'inizio del trattamento. Non devono essere riportate eventuali modifiche della terapia. Le informazioni relative alla durata del trattamento non sono più richieste. L'informazione deve essere raccolta durante l'inchiesta epidemiologica dall'operatore del SISP, direttamente dal medico che ha in carico il paziente o dalla documentazione clinica disponibile. **L'informazione non deve essere inserita nel programma MIF99 nella sezione sorveglianza/trattamento.**

ANAMNESI TUBERCOLARE

VACCINATO CON BCG:

Se il soggetto risulta vaccinato, riportare l'anno.

DIAGNOSI DI TBC IN PASSATO:

Se esiste una precedente diagnosi di tubercolosi, indicare il mese e l'anno.

PRECEDENTE TRATTAMENTO ANTITUBERCOLARE:

In caso di pregresso trattamento con farmaci antitubercolari per almeno 1 mese, indicare il mese e l'anno del termine della terapia. **L'informazione non deve essere inserita nel programma MIF99 nella sezione sorveglianza/anamnesi.**

CLASSIFICAZIONE IN RELAZIONE A PRECEDENTI TRATTAMENTI

NUOVO CASO:

Paziente che non è mai stato trattato per TBC o che è stato trattato per meno di un mese.

RECIDIVA:

Paziente che è stato precedentemente trattato con due farmaci antitubercolari per più di 1 mese, che è stato dichiarato guarito o con trattamento completato, al quale è stata nuovamente diagnosticata una forma di tubercolosi attiva.

ALTRO:

Barrare questa voce se il paziente rientra in una delle categorie seguenti:

- Ritattamento dopo fallimento terapeutico: paziente già trattato per tubercolosi ma con esito di fallimento (es. positività batteriologica dopo 5 mesi o più dall'inizio della terapia)
- Ritattamento dopo trattamento interrotto: paziente già trattato per tubercolosi ma con esito di trattamento interrotto per almeno 2 mesi
- Ritattamento non specificato: paziente già trattato per tubercolosi ma con esito di trattamento sconosciuto

In questo caso non deve essere compilato il modello 15 di classe III e **il caso non deve essere inserito nel Programma MIF99.**

CRONICO:

Caso con precedente diagnosi di tubercolosi e secondo ciclo di trattamento che non è risultato efficace. In questo caso non deve essere compilato il modello 15 di classe III e **il caso non deve essere inserito nel Programma MIF99.**

N.B. Per i casi di tubercolosi che non siano classificabili come “nuovi casi” o “recidive” non è richiesta la notifica a livello nazionale (modello 15 di classe III, D.M. 15.12.90 e Decreto 29.07.98). A livello regionale appare, invece, opportuno notificare anche queste persone, in modo da realizzare una copertura esaustiva dei casi: la loro inclusione nella analisi epidemiologica potrà essere valutata a posteriori sulla base della esistenza o meno di altre notifiche nello stesso anno o nell'anno precedente. **Per tutti questi pazienti il SISP deve comunque condurre l'indagine epidemiologica, compilare la Scheda cartacea SSCE/2005 e trasmetterla a livello regionale, ma non inserire i dati in MIF99.**

AGENTE EZIOLOGICO

Nei casi **CON coltura positiva** indicare se l'isolamento è relativo a:

- *M. tuberculosis complex* quando è stata effettuata la tipizzazione di gruppo
- *M. tuberculosis* o *M. tuberculosis hominis*; *M. bovis*; *M. africanum*: quando è stata effettuata tipizzazione di specie
- *Micobacterio* non tubercolare (MOTT)
- MOTT tipizzato (specificare): es: *M. kansasii*; *M. simiae*; *M. marinum*; *M. asiaticum*; *M. xenopi*; *M. Szulgai*; *M. Scrofulaceum*; *M. Gordonae*; *M. flavescens*; *M. avium-intracellulare complex*; *M. malmoense*; *M. haemophilum*; *M. nonchromogenicum*; *M. gastri*; *M. terrae*; *M. triviale* *M. fortuitum*; *M. chelonae*; *M. smegmatis*; *M. vaccae*; *M. phlei*; ...

Nei casi con **coltura negativa/non eseguita/non nota** indicare Agente Eziologico “Non identificato”.

SEDE ANATOMICA DI MALATTIA

Sono state rilevate frequenti incongruenze fra la sede anatomica e le altre informazioni contenute nella Scheda del sistema di sorveglianza. E' importante attenersi alle seguenti indicazioni:

- è indispensabile l'utilizzo del codice ICD-9 **a quattro cifre**; es. tubercolosi dei bronchi: 012.2, tubercolosi della pleura: 012.0, meningite tubercolare: 013.0.

- **la localizzazione polmonare**, quando presente, deve essere sempre segnalata anche quando rappresenta una localizzazione secondaria (incluse le forme miliari).
- quando sono presenti **due diverse localizzazioni** (polmonare/extrapolmonare oppure due extrapolmonari) riportarle entrambe.
- **nel caso di tre o più localizzazioni** comportarsi come segue: barrare sempre la casella "disseminata"; se si tratta di localizzazione polmonare più diverse localizzazioni extrapolmonari, barrare la casella "polmonare" e riportare le due localizzazioni extrapolmonari considerate principali; se si tratta di tre o più localizzazioni extrapolmonari, riportare le due principali.
- **nel caso di isolamento da sangue** riportare la voce "disseminata".
- **nelle forme miliari**, segnalare sempre l'eventuale localizzazione d'organo (ad esempio polmonare nelle forme miliari polmonari) e barrare la casella "disseminata".

Di seguito vengono riportati i codici ICD9 suddivisi per localizzazione (polmonare o extrapolmonare) e per le forme sostenute da micobatteri non tubercolari.

TUBERCOLOSI POLMONARE

Comprende la tubercolosi che coinvolge il **parenchima polmonare**, la **trachea** ed i **bronchi**, **la laringe**. La laringite tubercolare (codice ICD9 12.3) è una forma altamente contagiosa e, nel sistema di sorveglianza europeo, viene classificata tra le forme polmonari. Per questo motivo nelle analisi epidemiologiche a livello regionale (a differenza di quanto previsto dal Decreto Ministeriale 29/7/1998 e dalla Circolare regionale 11/99) verrà inclusa tra le forme polmonari.

TUBERCOLOSI POLMONARE	
010	Infezione Tubercolare primaria
010.0	Complesso tubercolare primario
010.1	Pleurite tubercolare in tubercolosi primaria progressiva
010.8	Altre forme di tubercolosi primaria progressiva
010.9	Non specificata
011	tubercolosi polmonare
011.0	Tubercolosi del polmone infiltrativa
011.1	Tubercolosi del polmone nodulare
011.2	Tubercolosi del polmone cavitaria
011.3	Tubercolosi dei bronchi
011.4	Fibrosi tubercolare del polmone
011.5	Bronchiectasia tubercolare
011.6	Polmonite tubercolare (ogni forma)
011.7	Pneumotorace tubercolare
011.8	Altre forme di tubercolosi polmonare
011.9	Non specificata
012	Altra TBC respiratoria
012.2	Tubercolosi isolata della trachea e dei bronchi
012.3	Laringite

TUBERCOLOSI EXTRA-POLMONARE

Comprende la tubercolosi che coinvolge tutte le sedi ad esclusione di **parenchima polmonare**, la **trachea** ed i **bronchi**, la **laringe**.

TUBERCOLOSI EXTRAPOLMONARE	
012	Altra TBC respiratoria (non polmonare)
012.0	Pleurite
012.1	Linfonodi intratoracici
012.8	Altre
013	TBC meningi e SNC
013.0	Meningite tubercolare
013.1	Tuberculoma meningi
013.8	Altre
013.9	Non specificata
014	TBC apparato intestinale
015	TBC ossa-articolazioni
015.0	Vertebre
015.1	Anca
015.2	Ginocchio
015.7	Altre ossa
015.8	Altre articolazioni
015.9	Non specificata
016	TBC genito-urinaria
016.0	Rene
016.1	Altro apparato urinario
016.2	Epididimo
016.3	Altro apparato genitale
016.4	Genitali femminili
016.9	Non specificata
017	TBC di altri organi
017.0	Cute
017.1	Eritema nodoso
017.2	Linfonodi periferici: deve essere precisata la sede / le sedi interessate
017.3	Occhio
017.4	Orecchio
017.5	Tiroide
017.6	Ghiandole surrenali
017.7	Milza
017.8	Altri organi
018	Tubercolosi miliare
018.0	Acuta
018.8	Altre
018.9	Non specificata

MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARI

Comprende le forme sostenute da micobatteri non tubercolari. Evidenziare se sede polmonare o extrapolmonare e specificare la localizzazione; barrare disseminata se indicato. La classificazione ICD9 riporta.

MICOBATTERIOSI NON TUBERCOLARI	
031	Malattie da altri micobatteri
031.0	Polmonari
031.1	Cutanee
031.8	Altre
031.9	Non specificata

CRITERI DIAGNOSTICI

Compilare sempre tutte le voci seguenti; nel caso in cui gli esami non siano stati eseguiti, segnalarlo barrando la casella “non eseguito”.

ESAME DIRETTO ESCREATO:

Si intende l'esame diretto (microscopico) dell'escreato: rileva la presenza o l'assenza di bacilli acido-alcool resistenti (BAAR).

ESAME DIRETTO ALTRO MATERIALE:

Si intende l'esame microscopico di materiale biologico diverso da escreato, cioè: liquido pleurico, urina, liquor, feci, sangue, bronco-aspirato o BAS, lavaggio bronco-alveolare o BAL ecc. Sono inclusi gli esami diretti su preparati istologici. Rileva la presenza o l'assenza di bacilli acido-alcool resistenti (BAAR)

ESAME COLTURALE ESCREATO:

Se è stato eseguito l'esame colturale su campioni di escreato, occorre attendere l'esito e contrassegnare la casella corrispondente: non sono notificabili casi in cui l'esame colturale sia «in corso».

ESAME COLTURALE ALTRO MATERIALE:

Se il materiale biologico su cui è stato eseguito l'esame non è escreato, è necessario specificare: liquido pleurico, urina, liquor, feci, sangue, bronco-aspirato o BAS, lavaggio bronco-alveolare o BAL ecc., comprendendo anche eventuali campioni biotici. Non sono notificabili casi in cui l'esame colturale sia «in corso».

ESAME ISTOLOGICO:

Include l'esame su preparato istologico, escluso l'esame diretto per la ricerca di BAAR. **L'esame su preparato istologico deve essere inserito nel Programma MIF99 alla voce ESAME DIRETTO ALTRO MATERIALE.**

Per registrare il tipo di materiale biologico diverso da escreato su cui vengono effettuati gli esami diretti, colturali, istologici utilizzare le seguenti voci:

Aspirato gastrico	Liquido peritoneale/biopsia peritoneale
Broncolavaggio(BAL)/ Broncoaspirato(BAS)/ Biopsia polmonare	Liquido articolare
Sangue/emocoltura	Altri liquidi corporei
Urine	Linfonodo
Feci	Altro materiale biotico (se diverso da linfonodo, polmone, pleura, peritoneo)
Liquor	Altro
Liquido pleurico/biopsia pleurica	Non indicato

CLINICA:

Indicare la presenza o meno di sintomatologia suggestiva di tubercolosi.

MANTOUX 5 U.I.:

Indicare se è stata effettuata intradermoreazione secondo Mantoux e riportare sempre l'esito in millimetri della misurazione del diametro trasverso dell'infiltrato.

RX TORACE / TAC TORACE E ALTRI ESAMI STRUMENTALI:

L'esame radiografico del torace va inteso come positivo se suggestivo di una forma polmonare attiva e negativo in ogni altro caso. Altri esami strumentali (Rx, TAC, RMN...) possono essere eseguiti per forme di tubercolosi extrapolmonare in distretti diversi dal torace.

RISPOSTA TERAPIA ANTITUBERCOLARE:

Si intende la risposta alla terapia antitubercolare con due o più farmaci (es. miglioramento clinico-radiologico), entro un limite massimo di 90 giorni.

RISCONTRO AUTOPTICO:

Si riferisce all'evidenza autoptica di TBC attiva non diagnosticata in vita; la variabile va compilata solo per i soggetti non diagnosticati prima della morte, per i quali il riscontro autoptico rappresenta la sola evidenza diagnostica.

MICROBIOLOGIA MOLECOLARE (Specificare):

Indicare l'esecuzione e l'esito di esami di microbiologia molecolare quali PCR ovvero reazioni di amplificazione genica su DNA o RNA bersaglio, eseguiti su escreato o altri materiali biologici. **Gli esami di microbiologia molecolare devono essere inseriti nel Programma MIF99 alla voce altro criterio.**

ALTRO:

Riportare l'esito di altri esami eventualmente utilizzati per la diagnosi.

FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI

Questa variabile è utile per individuare gruppi di soggetti con un rischio di sviluppare tubercolosi più elevato rispetto alla comunità generale. Nella Scheda cartacea sono stati introdotti i seguenti campi di seguito riportati con le relative diciture consigliate per l'inserimento nel programma MIF99.

FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI	
Fattore di rischio individuale	Diciture consigliate nel Programma MIF
Patologie/condizioni predisponenti	
Diabete mellito	Diabete mellito
Malassorbimento/denutrizione	Malassorbimento/denutrizione
Insufficienza renale cronica (dialisi)	Insufficienza renale cronica
Leucemie/linfomi	Neoplasie
Altre neoplasie	Neoplasie
Silicosi	Silicosi
Grave immunodeficienza	Grave immunodeficienza acquisita
Esiti radiografici di TBC (non curati)	Esiti radiografici di TBC (non curati)
Terapie immuno-soppressive	
Terapia corticosteroidica cronica	Terapia immunosoppressiva
Anti-TNF-alfa (Infliximab, Rituximab, ..)	
Chemioterapia anti-tumorale	
Chemioterapia anti-rigetto	
Dipendenze patologiche	
Tossicodipendenza	Tossicodipendenza
Alcolismo	Alcolismo
Contatto con malati di tubercolosi	
Esposizione in famiglia, comunità	Contatto con malato di TBC
Esposizione in ambito socio-sanitario	Contatto con malato di TBC
Viraggio tubercolinico (entro 2 anni)	Viraggio tubercolinico recente (2 anni)

ALLEGATO 2 - SCHEDA SEGNALAZIONE SERVIZI DI ANATOMIA PATOLOGICA "SAP/2005"

Informazioni richieste e guida alla rilevazione

Le informazioni da raccogliere sono le seguenti:

- Dati per identificare il Servizio che segnala (AZIENDA, SERVIZIO, OPERATORE) e il periodo di riferimento (ANNO/SEMESTRE);
- Dati anagrafici per l'identificazione del paziente e per stabilire il SISP di residenza: COGNOME; NOME; SESSO; DATA NASCITA; RESIDENZA (COMUNE, PROV.);
- Dati relativi al sanitario che ha fatto la richiesta dell'esame utili per la richiesta di eventuali chiarimenti: MEDICO E STRUTTURA RICHIEDENTE;
- Dati relativi al campione utilizzato per i test microbiologici, utili per stabilire sede di malattia, tipo di approfondimento diagnostico: REFERTO AUTOPTICO (A) O BIOPTICO (B) O CITOLOGICO (C), BAAR (SÌ/NO), DATA DI REFERTAZIONE, MATERIALE BIOLOGICO ESAMINATO.

ALLEGATO 3 - SCHEDA SEGNALAZIONE LABORATORI DI MICROBIOLOGIA “SLM/2005”

Informazioni richieste e guida alla rilevazione

Le informazioni da raccogliere sono le seguenti:

- Dati per identificare il Laboratorio che segnala (AZIENDA, LABORATORIO, OPERATORE) e il periodo di riferimento (ANNO/SEMESTRE);
- Dati anagrafici per l'identificazione del paziente: COGNOME; NOME; SESSO; DATA NASCITA.
- Dati relativi al campione:

DATA ARRIVO CAMPIONE:

Data di arrivo al Laboratorio del materiale da esaminare.

DATA REFERTO:

Va riportata la data del referto.

MATERIALE BIOLOGICO:

Va specificato il materiale biologico su cui sono stati eseguiti gli esami risultati positivi. Nel caso di esami positivi eseguiti su materiali differenti occorrerà compilare più colonne relative allo stesso soggetto omettendo di compilare i campi che contengono informazioni duplicate.

ESITO TEST DI SENSIBILITÀ:

Per ogni antibiotico della lista va specificato “**S**” se il microrganismo è risultato sensibile all'antibiotico, “**R**” se è il microrganismo è risultato resistente all'antibiotico.

ALLEGATO 4 - SCHEDA SORVEGLIANZA DELL'ESITO DEL TRATTAMENTO "SSET/2005"

Informazioni richieste e guida alla rilevazione

AZIENDA/DISTRETTO/CENTRO:

Specificare Azienda, Distretto e Centro di compilazione.

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Questi dati (COGNOME; NOME; SESSO; DATA E LUOGO DI NASCITA) sono indispensabili per l'identificazione del paziente e per consentire il *linkage* con gli altri flussi informativi.

PARTE 1 -TRATTAMENTO ANTITUBERCOLARE

Si definisce come "**Centro**" la singola o l'insieme di Unità Operative, Reparti, Servizi che afferiscono ad un'unica direzione di struttura complessa.

IL PAZIENTE ERA IN TRATTAMENTO PRESSO UN ALTRO CENTRO?:

Indicare se il paziente era precedentemente in trattamento presso un altro Centro; se il paziente proviene da un altro Centro occorre indicare il Centro di provenienza. Questa informazione è importante per seguire gli spostamenti del paziente durante tutto il trattamento.

DATA INIZIO TERAPIA PRESSO IL CENTRO CHE COMPILA LA SCHEDA:

Indicare la data di inizio della terapia presso il Centro.

IL SOGGETTO È POSTO IN REGIME DOT:

Indicare "sì" se il paziente è in regime DOT, ossia se l'assunzione del trattamento antitubercolare è osservata direttamente. Indicare "sì, parziale" se l'assunzione non è osservata direttamente, ma si sono adottati altri strumenti per monitorare l'adesione al trattamento, quale ad esempio la consegna diretta dei farmaci per periodi di tempo limitati e la definizione di appuntamenti in una data immediatamente precedente a quella prevista per l'esaurimento dei farmaci consegnati. Indicare "no" se il trattamento antitubercolare viene prescritto, in assenza di strumenti per migliorare l'adesione.

PARTE 2 -VALUTAZIONE FINALE

DATA DI VALUTAZIONE DELL'ESITO PRESSO IL CENTRO CHE COMPILA LA SCHEDA:

Indicare la data di chiusura dell'episodio assistenziale presso il Centro che compila la Scheda:

- in caso di **trasferimento** va indicata la data dell'ultima visita presso il Centro prima del trasferimento;
- in caso di **guarigione** o di **trattamento completato** indicare la data di fine trattamento;
- in caso di **decesso** va specificata la data di morte;
- in caso di **fallimento terapeutico** indicare la data della diagnosi di fallimento terapeutico;
- in caso di **interruzione** va specificata la data dell'ultima visita documentabile;
- in caso in cui il paziente sia **ancora in trattamento** antitubercolare all'inizio del tredicesimo mese dall'inizio della terapia non riportare la data.

ESITO DEL TRATTAMENTO:

I possibili esiti del trattamento sono i seguenti:

- **TRASFERITO:** Paziente trasferito ad un altro Centro Clinico di riferimento. Non può essere considerato un esito finale ma solo un esito intermedio. Indicare se il paziente è stato trasferito in un Centro fuori regione o in regione e l'Azienda/Centro in cui è stato trasferito. In caso di trasferimento fuori regione il SISP di competenza deve, all'inizio del tredicesimo mese, contattare il Centro e acquisire le informazioni sull'esito finale.
- **GUARITO:** È un esito che può essere indicato solo al termine del trattamento antitubercolare: tutti gli eventuali Centri intermedi non possono utilizzare questa voce. Viene considerato guarito un paziente che ha completato il trattamento e che presenta una delle seguenti condizioni:
 - conversione documentata della coltura, diventata negativa alla fine del trattamento o in almeno un'occasione durante la terapia, **oppure**
 - conversione dell'esame microscopico diretto, diventato negativo per BAAR alla fine del trattamento o in almeno un'occasione durante la terapia.
- **TRATTAMENTO COMPLETATO:** È un esito che può essere indicato solo al termine del trattamento antitubercolare: tutti gli eventuali Centri intermedi non possono utilizzare questa voce. Viene considerato con "trattamento completato" un paziente che ha completato il trattamento, ma per il quale non sia stata documentata la conversione batteriologica.
- **DECEDUTO:** Decesso prima o durante il trattamento antitubercolare, indipendentemente dalla causa di morte. Va indicata la causa della morte.
- **FALLIMENTO TERAPEUTICO:** Un paziente con coltura o esame diretto ancora positivi o ritornati positivi dopo 5 mesi o più dall'inizio del trattamento.
- **TRATTAMENTO INTERROTTO:** Trattamento interrotto per 2 mesi o più. Va riportato il motivo dell'interruzione:
 - **Rifiuto del paziente:** se il paziente rifiuta la prosecuzione del trattamento;
 - **Effetti collaterali:** se per la comparsa di effetti collaterali il clinico decide di sospendere il trattamento;
 - **Perdita al follow-up:** se il paziente non si presenta alle visite programmate e non si hanno notizie sull'assunzione del trattamento.
- **ANCORA IN TRATTAMENTO:** Paziente ancora in trattamento a 12 mesi dalla diagnosi e che non rientra in nessuna delle precedenti categorie di esito. Sono inclusi pazienti con:
 - trattamento iniziale modificato per poli-resistenza (resistenza ad almeno 2 farmaci di prima scelta) del ceppo isolato all'inizio della terapia;
 - trattamento prolungato a causa di effetti collaterali / complicanze, con pianificazione del ciclo terapeutico per più di 12 mesi
 - trattamento prolungato senza informazione sulle motivazioni.

DATA INVIO AL SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA:

Indicare la data di invio della Scheda al SISP.

PARTE RISERVATA AL SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA:

Azienda e Distretto: indicare Azienda e Distretto di appartenenza del SISP che compila la Scheda e il numero progressivo assegnato dal SISP alla segnalazione di caso. Indicare l'anno di segnalazione.

ALLEGATO 5 - SCHEDA SORVEGLIANZA PER CONTATTI A RISCHIO – PARTE 1 (SSCR1/2005)

Informazioni richieste e guida alla rilevazione

AZIENDA, DISTRETTO:

Specificare Azienda e Distretto di compilazione.

CASO INDICE

DATI ANAGRAFICI, NUMERO SCHEDA E ANNO SEGNALAZIONE:

Permettono di collegare il caso indice ai relativi contatti.

SEDE ANATOMICA DI MALATTIA POLMONARE, ESAME DIRETTO:

Specificare se la sede è polmonare e se l'esame diretto dell'escreato o di altri materiali biologici è risultato positivo.

DATA INIZIO SINTOMI DELL'ATTUALE EPISODIO:

Questa informazione è essenziale per definire il presumibile momento di inizio del periodo di contagiosità del caso.

CONTATTI

Registrare i dati identificativi dei contatti, indirizzi, recapiti telefonici e tipo del contatto (Stretto, regolare, occasionale) al fine di consentire al Centro specialistico di riferimento di contattare rapidamente i soggetti esposti ed invitarli alla visita.

TIPO DI CONTATTO:

Classificare il tipo di contatto secondo le seguenti definizioni:

- **contatto stretto**: persone che convivono con il caso o che hanno condiviso lo stesso spazio confinato per numerose ore al giorno e per più giorni;
- **contatto regolare**: persone che condividono regolarmente lo stesso spazio chiuso;
- **contatto occasionale**: persone che condividono occasionalmente lo stesso luogo chiuso.

I membri della famiglia che vivono sotto lo stesso tetto sono sempre classificati tra i contatti stretti, cioè fra coloro per i quali l'indagine sui contatti dovrà essere condotta prioritariamente.

A titolo indicativo, per la valutazione delle priorità di screening si può fare riferimento alla seguente tabella.

Tipo di contatto	Scuola	Luogo di lavoro	Collettività
Stretto	Studenti o professori della stessa classe	Persone che dividono lo stesso ufficio	Compagni di camera
Regolare	Persone che frequentano regolarmente la stessa palestra o utilizzano gli stessi mezzi di trasporto	Persone che dividono regolarmente i pasti con il caso	Persone che frequentano regolarmente lo stesso Laboratorio
Occasionale	Altri (ad es. studenti della stessa sezione)	Altri (ad es. colleghi dello stesso piano)	Altri (ad es. stesso Reparto, stessi spazi comuni)

ALLEGATO 6 - SCHEDA INDIVIDUALE PER CONTATTO A RISCHIO (SSIC/2005)

Informazioni richieste e guida alla rilevazione

AZIENDA, DISTRETTO, CENTRO:

Indicare Azienda e Distretto e Centro che compilano la Scheda.

CASO INDICE

AZIENDA, DISTRETTO, NUMERO SCHEDA E ANNO SEGNALAZIONE, COGNOME, NOME:

Le informazioni permettono di collegare i contatti al relativo caso indice.

DATI ANAGRAFICI DEL CONTATTO

COGNOME, NOME, SESSO, DATA DI NASCITA, RESIDENZA (COMUNE, PROV.):

Registrare i dati anagrafici per identificare il contatto.

AMBITO DEL CONTATTO

LUOGO DEL CONTATTO:

Dati utili a classificare il contatto in base al luogo nel quale si è verificata l'esposizione.

TIPO DI CONTATTO:

Classificare il tipo di contatto secondo le seguenti definizioni:

- **contatto stretto:** persone che convivono con il caso o che hanno condiviso lo stesso spazio confinato per numerose ore al giorno e per più giorni;
- **contatto regolare:** persone che condividono regolarmente lo stesso spazio chiuso;
- **contatto occasionale:** persone che condividono occasionalmente lo stesso luogo chiuso.

ANAMNESI TUBERCOLARE

DATA PRIMA VISITA:

Registrare la data della prima visita dell'attuale valutazione presso lo specialista di riferimento.

MESI DALL'ULTIMO CONTATTO CON IL CASO (rispetto alla data della prima visita):

Riportare il tempo trascorso dall'ultima esposizione al caso alla data della prima visita.

RISPOSTA AL PPD (ID MANTOUX 5UI):

Utile per la classificazione dei contatti e per la valutazione finale dell'indagine sui contatti. Rilevare la risposta al PPD in tre momenti:

- **Prima dell'attuale valutazione:** esito di eventuali esami eseguiti prima della attuale valutazione.
- **All'inizio dell'attuale valutazione:** esito del primo esame eseguito durante l'attuale valutazione.
- **Dopo 3 mesi dalla ultima esposizione:** esito dell'eventuale esame eseguito dopo tre mesi dall'ultima esposizione al caso.

VACCINATO CON BCG:

Se il soggetto risulta precedentemente vaccinato, riportare l'anno.

TBC IN PASSATO:

Se esiste una precedente diagnosi di tubercolosi, indicare il mese e l'anno e indicare se è stata trattata con farmaci antitubercolari per almeno 1 mese.

FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI

Queste informazioni servono ad individuare persone con un elevato rischio di progressione verso la malattia tubercolare e quindi classificare i contatti rispetto alle loro caratteristiche individuali.

DIAGNOSI AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE

Variabili utili a monitorare le attività di valutazione dei contatti. Al termine del processo di valutazione del soggetto, sono possibili le seguenti cinque diagnosi:

- **Infezione recente:** soggetti precedentemente cuti-negativi o soggetti mai testati in precedenza in cui viene documentata una reazione positiva al PPD con diametro della reazione cutanea \geq a 5 mm, senza segni di malattia tubercolare.
- **Infezione progressa:** soggetti con documentata precedente reazione positiva al PPD, senza segni di malattia tubercolare.
- **Negativi per TBC attiva e infezione:** soggetti senza evidenza di infezione (cuti-negativi) e senza segni di malattia tubercolare.
- **TBC attiva:** soggetti con diagnosi di tubercolosi attiva.
- **Esiti di tubercolosi:** soggetti con esiti radiologici di progressa tubercolosi non diagnosticata e non trattata.
- **Non noto:** soggetti senza una valutazione completa (mai visitati o valutati solo in modo parziale).

INTERVENTI AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE

Queste variabili sono utili al monitoraggio degli interventi attuati sulla persona esposta a rischio: terapia dell'infezione o sorveglianza sanitaria.

IL CONTATTO PRESENTA INDICAZIONE A TERAPIA DELL'INFEZIONE TUBERCOLARE:

Indicare se il contatto presenta una indicazione alla terapia dell'infezione.

HA INIZIATO LA TERAPIA:

Indicare se il paziente ha iniziato la terapia.

SE SI:

Deve essere indicata la data di inizio e la data di termine della terapia. Se la terapia viene interrotta per perdita del paziente al follow-up o per morte del paziente, deve essere riportata la data dell'ultima visita.

SE NO:

Deve essere indicato se il paziente rifiuta la terapia oppure se il medico ha deciso di avviare il paziente a sola sorveglianza sanitaria.

Indicare l'esito della terapia; sono previsti i seguenti esiti:

- **Terapia completata:** nel caso il soggetto assuma la terapia per tutta la durata prevista dai protocolli;
- **Terapia interrotta:** nel caso il soggetto non assuma la terapia per tutta la durata prevista dai protocolli. Specificare il motivo dell'interruzione; sono previsti i seguenti motivi di interruzione:
 - **Effetti collaterali** (nel caso in cui lo specialista decida di interrompere la terapia in seguito all'insorgenza di effetti collaterali);
 - **Insorgenza di tubercolosi attiva** (nel caso in cui al soggetto venga diagnosticata una forma attiva di tubercolosi);
 - **Perdita al follow-up** (nel caso in cui il soggetto non si presenti più ai controlli previsti);
 - **Rifiuto del paziente** (nel caso il soggetto rifiuti di continuare la terapia contro il parere del medico);
 - **Decesso** (in caso di decesso del soggetto).

Va riportato l'esito del trattamento anche nei casi (es. bambini e soggetti con grave immunodeficienza) con diagnosi di "**negativi per TBC attiva e infezione**" nei quali è previsto l'inizio immediato della terapia indipendentemente dal risultato della prima Mantoux; in tali casi specificare **terapia completata** se per il periodo previsto il soggetto ha assunto regolarmente la terapia.

SORVEGLIANZA SANITARIA: SEGNI/SINTOMI DI TBC ATTIVA:

Indicare se il contatto dopo il primo anno di sorveglianza ha presentato/presenta segni e/o sintomi di TBC attiva.

IL CONTATTO VIENE VACCINATO:

Indicare se il contatto viene sottoposto a vaccinazione e l'eventuale data di vaccinazione.

ALLEGATO 7 - SCHEDA SORVEGLIANZA PER CONTATTI A RISCHIO-PARTE 2 (SSCR2/2005)

Informazioni richieste e guida alla rilevazione

AZIENDA, DISTRETTO:

Indicare Azienda e Distretto che compilano la Scheda.

CASO INDICE

DATI ANAGRAFICI E CODICE IDENTIFICATIVO DEL CASO INDICE:

Permettono il collegamento fra i contatti e il loro caso indice.

ESITO SORVEGLIANZA NEI CONTATTI A RISCHIO

Per ciascuna delle categorie di contatti (stretti, regolari, occasionali) indicare il numero di contatti:

INDIVIDUATI:

Il numero di tutti i contatti individuati durante l'inchiesta epidemiologica. Il numero totale dovrebbe corrispondere alla somma dei soggetti elencati nelle **SCHEDA DI SORVEGLIANZA PER CONTATTI A RISCHIO - PARTE 1 (SSCR1/2005)**.

ESAMINATI:

Il numero di soggetti che si presentano alla prima visita di controllo.

DIAGNOSI AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE:

E' la diagnosi che lo specialista pone alla fine della valutazione di ogni contatto. Va riportato il numero di soggetti per ogni diagnosi (Infezione recente, Infezione pregressa, TBC attiva, Esiti di TBC, Negativi per TBC attiva e infezione, Non nota). Tali dati vanno desunti dalla sezione analoga delle **SCHEDA INDIVIDUALI PER CONTATTO A RISCHIO SSIC/2005**.

INTERVENTI AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE:

Riportare il numero di persone per le quali era indicata la terapia dell'infezione, il numero di persone che l'hanno iniziata e completata, il numero dei soggetti sottoposti a sorveglianza sanitaria e il numero dei vaccinati. Tali dati vanno desunti dalle sezioni corrispondenti delle **SCHEDA INDIVIDUALI PER CONTATTO A RISCHIO SSIC/2005**.

ALLEGATO 8 - SCHEDA INDIVIDUALE SCREENING TUBERCOLINICO (SIST/2005)

Informazioni richieste e guida alla rilevazione

AZIENDA, DISTRETTO, CENTRO:

Indicare Azienda e Distretto e Centro che compilano la Scheda.

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA

COGNOME, NOME, NATO A/IL, RESIDENZA (COMUNE, PROV.):

Registrare i dati anagrafici per identificare il soggetto a rischio.

CATEGORIA A RISCHIO DI APPARTENENZA DEL SOGGETTO

Indicare la categoria di appartenenza: operatore sanitario, operatore socio-assistenziale, immigrato da Paese ad alta endemia, dipendenza patologica, detenuto, soggetto con condizioni/patologie croniche, terapie immunosoppressive, altro.

ANAMNESI TUBERCOLARE

DATA PRIMA VISITA:

Registrare la data della prima visita dell'attuale valutazione presso lo specialista di riferimento.

RISPOSTA AL PPD (ID MANTOUX 5UI):

Rilevare la risposta al PPD come segue:

- **Precedente all'attuale valutazione:** esito di eventuali esami eseguiti prima della attuale valutazione.
- **Al momento dell'attuale valutazione:** esito dell'esame eseguito durante l'attuale valutazione.

VACCINATO CON BCG:

Se il soggetto risulta vaccinato, riportare l'anno.

TBC IN PASSATO:

Se esiste una precedente diagnosi di tubercolosi, indicare il mese e l'anno e indicare se è stata trattato con farmaci antitubercolari per almeno 1 mese.

DIAGNOSI AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE

Variabili utili a monitorare le attività di valutazione dei soggetti a rischio. Al termine del processo di valutazione del soggetto, sono possibili le seguenti cinque diagnosi:

- **Infezione recente:**

soggetti precedentemente cuti-negativi che mostrano una cuticonversione (diametro dell'infiltrato $\geq 10\text{mm}$ o $\geq 5\text{mm}$ negli immunodepressi) o soggetti mai testati in precedenza in cui viene documentata una reazione positiva al PPD con diametro della reazione cutanea $\geq 10\text{mm}$, senza segni di malattia tubercolare

oppure

soggetti già cutipositivi, testati nei due anni precedenti, nei quali viene rilevato un aumento del diametro dell'infiltrato $\geq 10\text{mm}$ o $\geq 5\text{mm}$ negli immunodepressi.

- **Infezione pregressa:** soggetti con documentata precedente reazione positiva al PPD, senza segni di malattia tubercolare.
- **Negativo per TBC attiva o infezione:** soggetti senza evidenza di infezione (cuti-negativi) e senza segni di malattia tubercolare.
- **TBC attiva:** soggetti con diagnosi di tubercolosi attiva.
- **Esiti di TBC:** soggetti con esiti radiologici di pregressa tubercolosi non diagnosticata e non trattata.
- **Non noto:** soggetti senza una valutazione completa (valutati solo in modo parziale).

INTERVENTI AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE

Queste variabili sono utili al monitoraggio degli interventi attuati sulla persona esposta a rischio: terapia dell'infezione o sorveglianza sanitaria.

IL SOGGETTO PRESENTA INDICAZIONE A TERAPIA DELL'INFEZIONE TUBERCOLARE:

Indicare se il soggetto presenta una indicazione alla terapia dell'infezione.

HA INIZIATO LA TERAPIA:

Indicare se il paziente ha iniziato la terapia.

SE SI:

Deve essere indicata la data di inizio e la data di termine della terapia. Se la terapia viene interrotta per perdita del paziente al follow-up o per morte del paziente, deve essere riportata la data dell'ultima visita.

SE NO:

Deve essere indicato se il paziente rifiuta la terapia oppure se il medico ha deciso di avviare il paziente a sola sorveglianza sanitaria.

VALUTAZIONE FINALE (A 12 MESI)

Indicare l'esito della terapia; sono previsti i seguenti esiti:

- **Terapia completata:** nel caso il soggetto assuma la terapia per tutta la durata prevista dai protocolli;
- **Terapia interrotta:** nel caso il soggetto non assuma la terapia per tutta la durata prevista dai protocolli. Specificare il motivo dell'interruzione; sono previsti i seguenti motivi di interruzione:
 - **Effetti collaterali** (nel caso in cui lo specialista decida di interrompere la terapia in seguito all'insorgenza di effetti collaterali);
 - **Insorgenza di tubercolosi attiva** (nel caso in cui al soggetto venga diagnosticata una forma attiva di tubercolosi);
 - **Perdita al follow-up** (nel caso in cui il soggetto non si presenti più ai controlli previsti);
 - **Rifiuto del paziente** (nel caso il soggetto rifiuti di continuare la terapia contro il parere del medico);
 - **Decesso** (in caso di decesso del soggetto).

Va riportato l'esito del trattamento anche nei casi (es. bambini e soggetti con grave immunodeficienza) con diagnosi di "**negativi per TBC attiva e infezione**" nei quali è previsto l'inizio immediato della terapia indipendentemente dal risultato della prima Mantoux; in tali casi specificare **terapia completata** se per il periodo previsto il soggetto ha assunto regolarmente la terapia.

SORVEGLIANZA SANITARIA: SEGNI/SINTOMI DI TBC ATTIVA:

Indicare se il soggetto dopo il primo anno di sorveglianza ha presentato/presenta segni e/o sintomi di TBC attiva.

IL SOGGETTO VIENE VACCINATO:

Indicare se il contatto viene sottoposto a vaccinazione e l'eventuale data di vaccinazione.

ALLEGATO 9 - SCHEDE DI RIEPILOGO SCREENING TUBERCOLINICO – PARTE 1 (SRS1/2005) E – PARTE 2 (SRS2/2005)

Informazioni richieste e guida alla rilevazione

AZIENDA, DISTRETTO, CENTRO/SERVIZIO:

Indicare Azienda, Distretto e Centro/Servizio che compila la Scheda (Distretto e Centro/Servizio assenti nella Scheda di riepilogo aziendale **SRS2/2005**).

ANNO:

Anno di esecuzione degli screening.

CATEGORIA

Le **SCHEDE DI RIEPILOGO DEGLI SCREENING TUBERCOLINICI** suddividono i soggetti a rischio in categorie:

- Operatori sanitari
- Operatori socio-assistenziali
- Immigrati da paesi ad alta endemia tubercolare
- Dipendenze patologiche
- Detenuti
- Soggetti con condizioni/patologie croniche (diabete mellito; malassorbimento/denutrizione; dialisi; neoplasie; leucemie/linfomi; silicosi; grave immunodeficienza; esiti radiografici di TBC non curati)
- Terapie immunosoppressive (terapia corticosteroidica cronica; terapia anti-TNF-alfa, Infliximab o Rituximab; chemioterapia antitumorale; chemioterapia antirigetto)
- Altri

SOGGETTI SOTTOPOSTI A SCREENING

N° TESTATI / N° POSITIVI / % POSITIVI:

Occorre indicare il numero di soggetti, appartenenti ad ogni categoria, testati nel corso dell'anno, il numero dei positivi e la percentuale dei positivi rispetto al totale dei testati.

Poiché i soggetti risultati cutipositivi allo screening vengono sottoposti a visita presso lo specialista pneumologo (o pediatra) la Scheda prevede il recupero delle informazioni relative all'esito di tale visita e all'eventuale terapia preventiva effettuata.

DIAGNOSI AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE

Al termine del processo di valutazione dei soggetti, sono possibili le seguenti diagnosi:

- **Infezione recente:**

soggetti precedentemente cuti-negativi che mostrano una cuticonversione (diametro dell'infiltrato $\geq 10\text{mm}$ o $\geq 5\text{mm}$ negli immunodepressi) o soggetti mai testati in precedenza in cui viene documentata una reazione positiva al PPD con diametro della reazione cutanea $\geq 10\text{mm}$, senza segni di malattia tubercolare

oppure

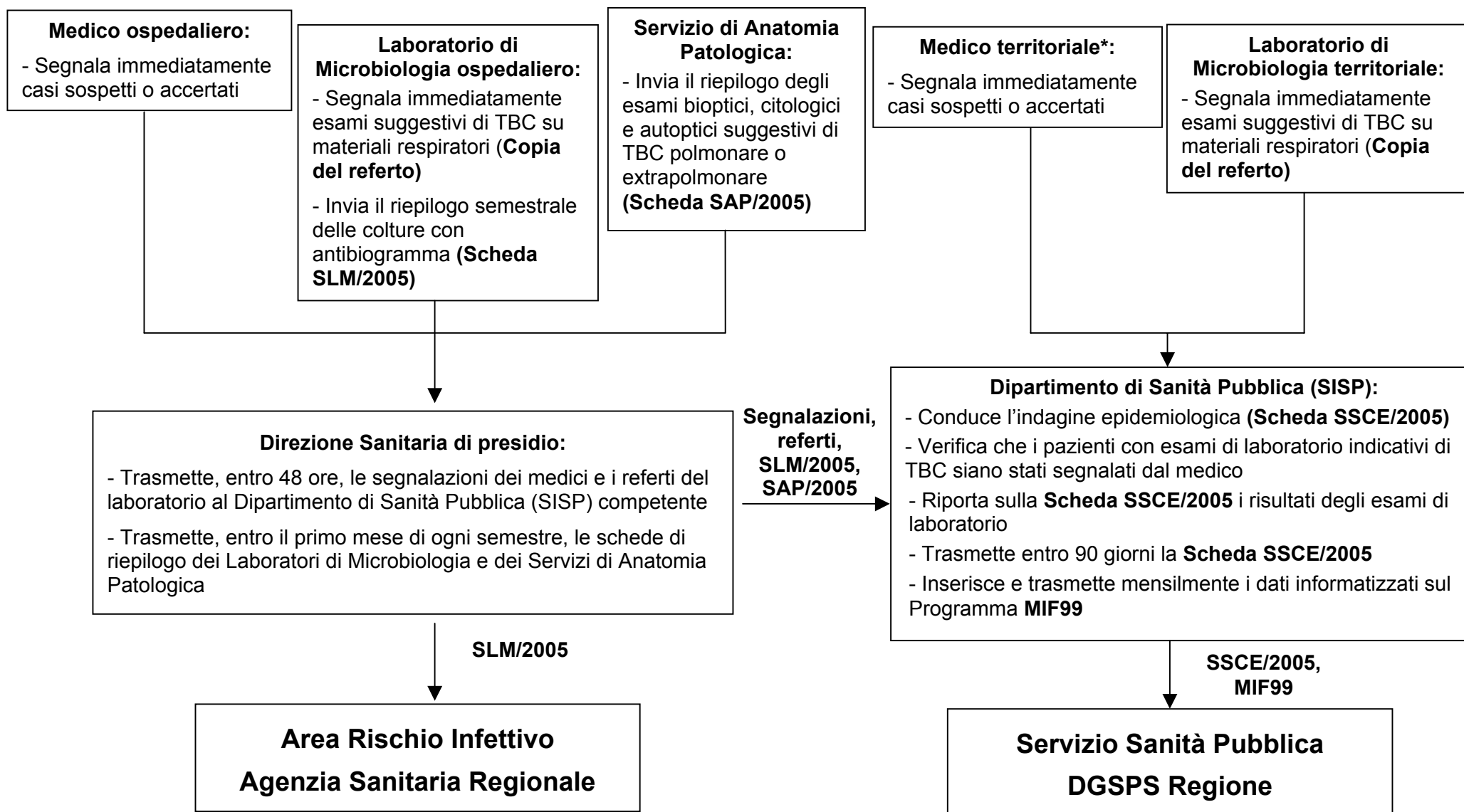
soggetti già cutipositivi, testati nei due anni precedenti, nei quali viene rilevato un aumento del diametro dell'infiltrato $\geq 10\text{mm}$ o $\geq 5\text{mm}$ negli immunodepressi;

- **Infezione pregressa:** soggetti con documentata precedente reazione positiva al PPD, senza segni di malattia tubercolare;
- **TBC attiva:** soggetti con diagnosi di tubercolosi attiva;
- **Esiti di TBC:** soggetti con esiti radiologici di pregressa tubercolosi non diagnosticata e non trattata;
- **Negativi per TBC attiva e infezione:** soggetti senza evidenza di infezione (cuti-negativi) e senza segni di malattia tubercolare;
- **Non nota:** soggetti senza una valutazione completa (valutati solo in modo parziale).

INTERVENTI AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE:

Riportare il numero di persone per le quali era indicata la terapia dell'infezione, il numero di persone che l'hanno iniziata e completata, il numero dei soggetti sottoposti a sorveglianza sanitaria e il numero dei vaccinati. Tali dati vanno desunti dalle sezioni corrispondenti delle **SCHEDE INDIVIDUALE SCREENING TUBERCOLINICO (SIST/2005)** o dalle **SCHEDE DI RIEPILOGO SCREENING TUBERCOLINICO – PARTE 1 (SRS1/2005)**.

Grafico 1 – Flusso informativo “Sorveglianza clinico-epidemiologica (SSCE/2005)” e “Sorveglianza Laboratori di Microbiologia (SLM/2005)/Servizi di Anatomia Patologica (SAP/2005)”



* Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di strutture residenziali per anziani, Medici di Istituti Penitenziari, Specialisti ecc.

Grafico 2 – Flusso informativo “Sorveglianza dell’esito del trattamento antitubercolare (SSET/2005)”

* Non compilare per:

- TBC solo extrapolmonare
- Micobatteriosi non tubercolare
- Non residenti, né domiciliati abitualmente in Regione al momento della diagnosi
- TBC diagnosticata post-mortem
- Persone decedute prima dell’inizio della terapia

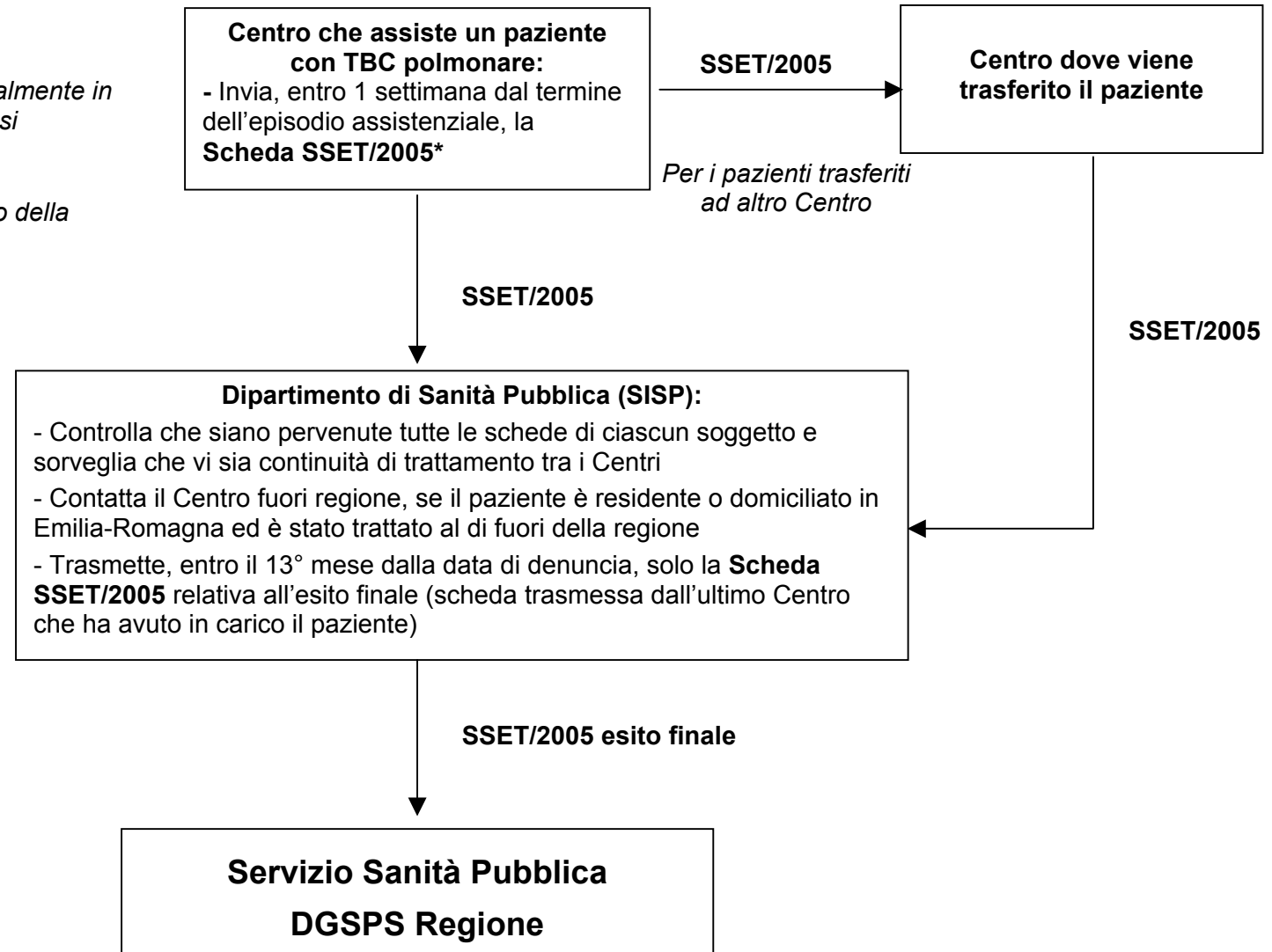
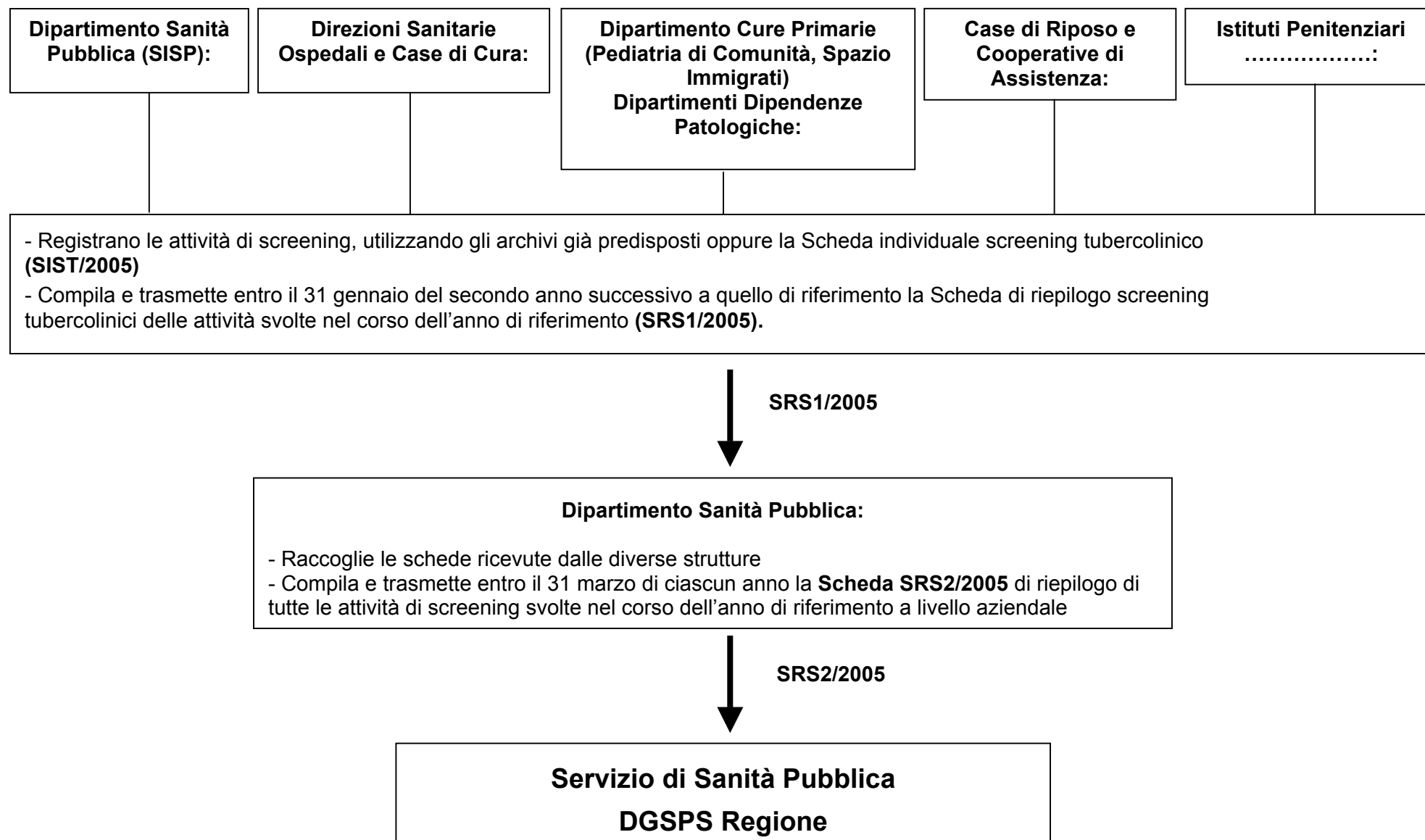
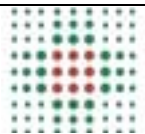


Grafico 3 – Flusso informativo “Sorveglianza dei contatti di casi di tubercolosi (SSCR1/2005, SSCI/2005, SSCR2/2005)”



Grafico 4 – Flusso informativo “Sorveglianza delle attività di screening di gruppi a rischio (SIST/2005, SRS1/2005, SRS2/2005)”





Azienda _____ Laboratorio _____ Operatore _____
 Periodo di riferimento Anno: ____ Semestre: I II
 Ai sensi dell'articolo 254 del T.U.LL.SS si trasmettono i dati relativi ai saggi di sensibilità ai farmaci antitubercolari eseguiti da questo Servizio.

	1	2	3	4	5
Cognome					
Nome					
Sesso	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Data nascita	- -	- -	- -	- -	- -
Data arrivo campione	- -	- -	- -	- -	- -
Data referto	- -	- -	- -	- -	- -
Materiale biologico					
Escreato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BAL/Broncoaspirato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aspirato gastrico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liquor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sangue	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Urine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liquido/biopsia pleurica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Biopsia linfonodale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liquido/biopsia peritoneale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Feci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Altro (specificare)	_____	_____	_____	_____	_____
Esito test di sensibilità					
Isoniazide	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R
Rifampicina	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R
Etambutolo	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R
Streptomycin	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> R

Data ||-||-||||

(Firma e timbro dell'operatore del laboratorio)

**SCHEDA DI SORVEGLIANZA PER CONTATTI A RISCHIO –
PARTE 2**

Azienda: _____ Distretto: _____

CASO INDICE

Scheda n° _____ Anno _____ Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nato il []-[]-[]-[]-[]-[] a: Comune _____ Provincia _____

ESITO SORVEGLIANZA NEI CONTATTI A RISCHIO:

Tipo del contatto	Contatti (specificare il numero)												
	Individuati ₁	Esaminati ₂	Diagnosi al termine della valutazione						Interventi al termine della valutazione				
			Infezione recente	Infezione pregressa	TBC attiva	Esiti di TBC	Negativa per TBC attiva e infezione	Non nota ₃	Terapia dell'infezione			Solo sorveglianza sanitaria	Vaccinazione
								Indicata	Iniziata	Completata			
Stretti													
Regolari													
Occasionali													
Totale													

1: indicare il numero di soggetti individuati attraverso l'intervista al caso;

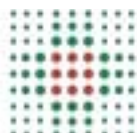
2: indicare il numero di soggetti che hanno effettuato la prima visita presso lo specialista di riferimento per la sorveglianza dei contatti;

3: indicare il numero di soggetti non esaminati in modo completo rispetto al protocollo.

Data []-[]-[]-[]-[]-[]

(Firma e timbro dell'operatore del SISP)

**Da compilarsi a cura del SISP e da inviare
alla Regione Emilia-Romagna**



**SCHEDA DI SORVEGLIANZA
DELL'ESITO DEL TRATTAMENTO**

Azienda: _____ Distretto: _____

Centro (Reparto/Servizio/Ambulatorio): _____

DATI ANAGRAFICI DEL PAZIENTE

Cognome _____ Nome _____ Sesso M F

Nato il []-[]-[]-[]-[]-[] a: Comune (Stato se nato all'estero) _____ Provincia _____

PARTE 1 - TRATTAMENTO ANTITUBERCOLARE

Il paziente era in trattamento presso un altro Centro? Sì No

se sì: specificare Azienda/Centro: _____

Data inizio terapia presso il Centro che compila la scheda []-[]-[]-[]-[]-[] DOT sì sì parziale no

PARTE 2 - VALUTAZIONE FINALE

Data di valutazione dell'esito presso il Centro che compila la scheda []-[]-[]-[]-[]-[]

Esito del trattamento:

Trasferito (paziente trasferito ad un'altra Unità Clinica di riferimento)

Trasferimento: Fuori regione specificare Azienda/Centro: _____

In regione specificare Azienda/Centro: _____

Guarito (conversione documentata della coltura o dell'esame microscopico diretto)

Trattamento completato (completamento del trattamento)

Deceduto

Decesso per: Tubercolosi

Altra causa

Fallimento terapeutico (coltura o esame diretto ancora positivi o ritornati positivi dopo 5 mesi o più dall'inizio del trattamento)

Trattamento interrotto (trattamento interrotto per 2 mesi o più)

Interruzione per: Rifiuto del paziente

Effetti collaterali

Perdita al follow-up

Ancora in trattamento (paziente ancora in trattamento all'inizio del tredicesimo mese dalla diagnosi)

Data invio al Servizio Igiene e Sanità Pubblica []-[]-[]-[]-[]-[]

(Firma e timbro del medico)

Parte riservata al Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Azienda: _____ Distretto: _____ Scheda n° _____ Anno _____

Data invio Regione []-[]-[]-[]-[]-[]

(Firma e timbro dell'operatore del SISP)

**SCHEDA INDIVIDUALE
PER CONTATTO A RISCHIO**

Azienda: _____ Distretto: _____
Centro (Reparto/Servizio/Ambulatorio): _____

CASO INDICE

Azienda: _____ Distretto: _____ Scheda n° _____ Anno _____
Cognome _____ Nome _____

DATI ANAGRAFICI DEL CONTATTO

Cognome _____ Nome _____
Nato il [__]-[__]-[____] a: Comune _____ Provincia ____
Residenza: via _____
Comune _____ Provincia _____

AMBITO DEL CONTATTO

Luogo del contatto
 Famiglia Lavoro
 Scuola Struttura sanitaria Altro (specificare) _____
Tipo di contatto Contatto stretto Contatto regolare Contatto occasionale

ANAMNESI TUBERCOLARE

Data prima visita: [__]-[__]-[____] Mesi dall'ultimo contatto con il caso: [__]

Risposta a PPD (ID Mantoux 5UI)

Precedente all'attuale valutazione Data [__]-[__]-[____] Positivo Negativo Diametro dell'infiltrato mm ____
All'inizio dell'attuale valutazione Data [__]-[__]-[____] Positivo Negativo Diametro dell'infiltrato mm ____
Dopo 3 mesi dall'ultima esposizione Data [__]-[__]-[____] Positivo Negativo Diametro dell'infiltrato mm ____

Vaccinato con BCG: sì anno [__][__] no non noto

TBC in passato: sì anno [__][__] no non noto Se sì: trattata farmacologicamente sì no non noto

FATTORI DI RISCHIO INDIVIDUALI

Patologie/condizioni predisponenti <input type="radio"/> Diabete mellito <input type="radio"/> Malassorbimento/denutrizione <input type="radio"/> Insufficienza renale cronica <input type="radio"/> Neoplasie <input type="radio"/> Leucemie/linfomi	<input type="radio"/> Silicosi <input type="radio"/> Grave immunodeficienza <input type="radio"/> Esiti radiografici di TBC (non curati) Dipendenze patologiche <input type="radio"/> Tossicodipendenza <input type="radio"/> Alcolismo	Terapie immuno-soppressive <input type="radio"/> Terapia corticosteroidea cronica <input type="radio"/> Anti-TNF-alfa (Infliximab, Rituximab) <input type="radio"/> Chemioterapia anti-tumorale <input type="radio"/> Chemioterapia anti-rigetto
---	---	---

DIAGNOSI AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE

Infezione recente Negativo TBC attiva o infezione Esiti di TBC
 Infezione pregressa TBC attiva Non noto

INTERVENTI AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE

Il contatto presenta indicazione a terapia dell'infezione tubercolare: sì no non noto
Ha iniziato la terapia: sì no **Se sì:** Data inizio terapia [__]-[__]-[____] Data termine terapia [__]-[__]-[____]
Se no, indicare il motivo: rifiuta la terapia dell'infezione tubercolare: sì no
viene avviato a sola sorveglianza sanitaria: sì no

VALUTAZIONE FINALE (A 12 MESI)

Terapia completata
 Terapia interrotta per: effetti collaterali insorgenza di tubercolosi attiva decesso
 perdita al follow up rifiuto del paziente

Sorveglianza sanitaria: segni/sintomi di TBC attiva sì no non noto
Il contatto viene vaccinato: sì Data [__]-[__]-[____] no non noto

Note _____

Data [__]-[__]-[____]

(Firma e timbro dell'operatore)

Da inviare al SISP entro 12 mesi dall'inizio della sorveglianza

RIEPILOGO SCREENING TUBERCOLINICO – CENTRO O SERVIZIO

Azienda: _____ Distretto: _____ Centro/Servizio: _____

Anno: _____

Categoria	Soggetti sottoposti a screening (specificare il numero)													
	N° testati	N° positivi	% positivi	Diagnosi al termine della valutazione						Valutazione al termine della sorveglianza				
				Infezione recente	Infezione pregressa	TBC attiva	Esiti di TBC	Negativi per TBC attiva e infezione	Non nota	Indicata	Iniziata	Completata	Solo sorveglianza sanitaria	Vaccinati
Operatori sanitari														
Operatori assistenza														
Immigrati														
Dipendenze patologiche														
Detenuti														
Soggetti con condizioni/ patologie croniche														
Terapie immuno soppressive														
Altri														
Totale														

Data |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

_____ (Firma e timbro dell'operatore del DSP)

Da compilare a cura del Centro/Servizio che effettua lo screening e da inviare al DSP entro il 31 gennaio del secondo anno successivo a quello di riferimento

RIEPILOGO SCREENING TUBERCOLINICO - AZIENDA USL

Azienda USL: _____

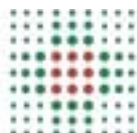
Anno: _____

Categoria	Soggetti sottoposti a screening (specificare il numero)													
	N° testati	N° positivi	% positivi	Diagnosi al termine della valutazione						Valutazione al termine della sorveglianza				
				Infezione recente	Infezione pregressa	TBC attiva	Esiti di TBC	Negativi per TBC attiva e infezione	Non nota	Indicata	Iniziata	Completata	Solo sorveglianza sanitaria	Vaccinati
Operatori sanitari														
Operatori assistenza														
Immigrati														
Dipendenze patologiche														
Detenuti														
Soggetti con condizioni/ patologie croniche														
Terapie immuno soppressive														
Altri														
Totale														

Data []-[]-[]-[]-[]-[]

_____ (Firma e timbro dell'operatore del DSP)

Da compilare a cura del DSP e da inviare alla Regione entro il 31 marzo del secondo anno successivo a quello di riferimento



**SCHEDA INDIVIDUALE
SCREENING TUBERCOLINICO**

Azienda: _____ Distretto: _____
Centro (Reparto/Servizio/Ambulatorio): _____

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA

Cognome _____ Nome _____
Nato il -- a: Comune _____ Provincia _____
Residenza: via _____
Comune _____ Provincia _____

CATEGORIA A RISCHIO DI APPARTENENZA DEL SOGGETTO

Operatore sanitario Detenuto
 Operatore socio-assistenziale Soggetto con condizioni/patologie croniche
 Immigrato da paesi ad alta endemia Terapia immunosoppressive
 Dipendenza patologica Altro

ANAMNESI TUBERCOLARE

Data prima visita: --

Risposta a PPD (ID Mantoux 5UI)

Precedente all'attuale valutazione Data -- Positivo Negativo Diametro dell'infiltrato mm ____
Al momento dell'attuale valutazione Data -- Positivo Negativo Diametro dell'infiltrato mm ____

Vaccinato con BCG: sì anno no non noto

TBC in passato: sì anno no non noto Se sì: trattata farmacologicamente sì no non noto

DIAGNOSI AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE

Infezione recente (cuticonversione o ≥ 10 mm del diametro dell'infiltrato) TBC attiva
 Infezione pregressa Esiti di TBC
 Negativo TBC attiva o infezione Non noto

INTERVENTI AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE

Il soggetto presenta indicazione a terapia dell'infezione tubercolare: sì no non noto
Ha iniziato la terapia: sì no Se sì: Data inizio terapia -- Data termine terapia --
Se no, indicare il motivo: rifiuta la terapia dell'infezione tubercolare: sì no
viene avviato a sola sorveglianza sanitaria: sì no

VALUTAZIONE FINALE (A 12 MESI)

Terapia completata
 Terapia interrotta per: effetti collaterali insorgenza di tubercolosi attiva decesso
 perdita al follow up rifiuto del paziente
Sorveglianza sanitaria: segni/sintomi di TBC attiva sì no non noto
Il soggetto viene vaccinato: sì Data -- no non noto

Note _____

Data -- _____
(Firma e timbro dell'operatore)